



**Hospital do Subúrbio**  
GESTÃO POR MEIO PPP



# XI BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

2022-2023



XI BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO  
DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

**Salvador/BA**

**2024**



---

XI Boletim Epidemiológico do Hospital do Subúrbio, 2024.  
Cyntia Maria Lins Sant'Ana de Lima (Organizadora)  
Salvador/BA, 2024.

---



# **HOSPITAL DO SUBÚRBIO**

## **Gestão por meio de Parceria Público Privada (PPP)**

### **PODER CONCEDENTE: GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

**Governador:** Jerônimo Rodrigues Souza

**Secretária da Saúde do Estado da Bahia:** Roberta Silva de Carvalho Santana

**Chefe de Gabinete da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia:** Cícero de Andrade Rocha Filho

**Superintendente de Atenção Integral à Saúde:** Karlos Figueiredo

**Diretora de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada:** Priscila Macedo Magalhães Bellazzi

**Diretora de Regulação da Assistência à Saúde:** Rita de Cássia Silva Santos

### **Agência de Fomento do Estado da Bahia S/A – Desenhahia**

**Diretor Presidente:** Paulo de Oliveira Costa

**Interveniente Anuente:** Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia

**Secretário da Fazenda:** Manoel Vitório da Silva Filho

**Secretário Executivo de PPP (em exercício):** Amanda Teixeira Costa Lage

**Agente de Pagamento:** Banco do Brasil S/A





# HOSPITAL DO SUBÚRBIO

## Concessão administrativa para gestão e operação

**Concessionária:** Prodal Saúde S/A

**Diretor Presidente:** Jorge Antônio Duarte Oliveira

**Assessoria Técnica:** Lícia Maria Cavalcanti Silva

**Diretor Técnico:** Rogério Luís Palmeira da Silva

**Assistente de Diretoria:** Lucimeire Batista de Souza

**Gerente Médico e de Práticas Assistenciais:** Gabriel de Carvalho Cunha

**Gerente de Qualidade e Segurança:** Cyntia Maria Lins Sant'Ana de Lima

**Gerente de Enfermagem:** Rucelly Finamore

**Gerente de Pessoas:** Simone Wendling Vargas

**Gerente de Controladoria:** Caio Rigaud de Santana Macedo Matos

**Coordenador de Ensino e Pesquisa:** Isa Menezes Lyra







*A todo o corpo técnico e colaboradores, pelo empenho e compromisso com a ética no cuidar.*

*E aos pacientes, centro de nossa atenção e dedicação, pelos quais nos aprimoramos a cada dia.*





## APRESENTAÇÃO

Os dados deste boletim consolidam o período pós-pandêmico, marcado por um retorno progressivo dos padrões de atendimentos, represados durante aquela crise.

O Hospital do Subúrbio apresentou uma retomada no quantitativo de atendimentos, caracterizada, no entanto, por uma maior gravidade clínica dos pacientes. Esse fato, também observado em todo o mundo, é compatível com dados internacionais que apontam uma piora do perfil dos pacientes após uma assistência irregular das doenças crônicas.

Outro fator notável foi que, no último trimestre do Ano 13, o contrato com a Concessionária Prodal Saúde foi renovado até 2030, marcando uma consolidação de 20 anos de gestão pelo modelo de Parceria Público Privada (PPP), que a literatura internacional aponta como responsável por melhores resultados de qualidade, eficiência e melhor preservação do patrimônio público.

Dentro destes parâmetros, os dados do Hospital do Subúrbio servem de bússola para que possamos ajustar nosso rumo para os próximos anos.

Boa Leitura!

*Rogério Luis Palmeira da Silva*  
Diretor Técnico



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>SOBRE O HOSPITAL DO SUBÚRBIO</b>	<b>14</b>
1.1	LOCALIZAÇÃO	16
1.2	ESTRUTURA	16
1.3	REFERÊNCIA	17
1.4	PRÊMIOS	18
1.5	ENSINO E PESQUISA	19
1.6	CRESCIMENTO	20
<b>2</b>	<b>ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS</b>	<b>22</b>
2.1	ATENDIMENTOS NA EMERGÊNCIA	24
2.1.1	<i>Procedência</i>	24
2.1.2	<i>Acolhimento e Classificação de Risco</i>	26
2.1.3	<i>Faixa Etária e Sexo</i>	28
2.1.4	<i>Atendimento por Especialidades</i>	30
2.1.5	<i>Perfil Nosológico dos atendimentos</i>	32
2.2	ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO	33
2.2.1	<i>Procedência</i>	34
2.2.2	<i>Faixa Etária e Sexo</i>	36
2.2.3	<i>Atendimento por Especialidades</i>	37
2.2.4	<i>Perfil Nosológico dos atendimentos</i>	39
<b>3</b>	<b>ESTATÍSTICA DAS INTERNAÇÕES</b>	<b>41</b>
3.1	INDICADORES DAS INTERNAÇÕES	41
3.1.1	<i>Número de Internações</i>	42
3.1.2	<i>Taxa de Ocupação</i>	42
3.1.3	<i>Média de Permanência</i>	43
3.2	PERFIL DAS INTERNAÇÕES	45
3.2.1	<i>Faixa Etária e Sexo</i>	45
3.2.2	<i>Internações por Especialidades</i>	47
3.2.3	<i>Perfil Nosológico das Internações</i>	48
3.3	INTERNAÇÕES POR CAUSA EXTERNAS	51
<b>4</b>	<b>UNIDADES DE INTERNAÇÃO</b>	<b>54</b>
4.1	INDICADORES HOSPITALARES DAS UI'S	54
4.2	PERFIL NOSOLÓGICO DAS UI's	56

<b>5</b>	<b>TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>60</b>
5.1	INDICADORES HOSPITALARES DAS UTI'S	60
5.2	PERFIL NOSOLÓGICO DAS UTI'S	62
<b>6</b>	<b>BLOCO CIRÚRGICO</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)</b>	<b>70</b>
<b>8</b>	<b>AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>	<b>71</b>
<b>9</b>	<b>LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE CLÍNICO</b>	<b>74</b>
9.1	ASPECTOS GERAIS	74
9.2	LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE COM AVC	77
<b>10</b>	<b>LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE CIRÚRGICO</b>	<b>81</b>
10.1	ASPECTOS GERAIS	81
10.2	ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	84
10.2.1	<i>Ortopedia e Traumatologia</i>	85
10.2.2	<i>Cirurgia Geral</i>	86
10.2.3	<i>Urologia</i>	88
10.2.4	<i>Cirurgia Plástica</i>	90
10.2.5	<i>Neurocirurgia</i>	91
10.2.6	<i>Cirurgia Vascular</i>	93
10.2.7	<i>Cirurgia Torácica</i>	94
10.2.8	<i>Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial</i>	95
10.2.9	<i>Cirurgia Pediátrica</i>	96
10.3	LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO	98
<b>11</b>	<b>LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE PEDIÁTRICO</b>	<b>105</b>
11.1	ASPECTOS GERAIS	105
<b>12</b>	<b>MORTALIDADE</b>	<b>110</b>
12.1	FAIXA ETÁRIA E SEXO	110
12.2	MORTALIDADE E TEMPO DE INTERNAÇÃO	113
12.3	MORTALIDADE E LOCAL DE OCORRÊNCIA	113

12.4	CONDIÇÕES ASSOCIADAS À MORTALIDADE	114
<b>13</b>	<b>INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	<b>116</b>
13.1	DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GLOBAL DE IRAS	116
13.2	DISTRIBUIÇÃO DAS IRAS POR TOPOGRAFIA	117
13.3	INCIDÊNCIA DAS IRAS POR SETOR	117
13.4	INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)	118
13.5	PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)	119
13.6	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)	120
13.7	INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)	121
<b>14</b>	<b>DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA</b>	<b>122</b>
<b>15</b>	<b>CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS</b>	<b>124</b>
15.1	MORTE ENCEFÁLICA	124
<b>16</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>125</b>

## 1 SOBRE O HOSPITAL DO SUBÚRBIO

O Hospital do Subúrbio (HS) foi a primeira unidade hospitalar pública do Brasil a funcionar por meio de Parceria Público-Privada (PPP). Tem sua gestão e operação realizadas pela empresa Prodal Saúde S.A., orientadas por um contrato de prestação de serviços firmado com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), regulado pela Lei nº 11.079/2004.

Desde sua inauguração, em 13 de setembro de 2010, o HS definiu como missão “prestar assistência médico-hospitalar de urgência e emergência com qualidade e indiscriminadamente aos usuários do Sistema Único de Saúde”. Desta forma, cumprindo princípios que visam consagrar a eficiência operacional e supremacia do interesse público, conforme o artigo 37 da Constituição Federal.

A instituição tem seu modelo de gestão fundamentado na valorização da Ética e Humanização, sempre atenta as necessidades da população, num processo transparente que busca a melhoria contínua. Neste caminho, com dois anos de funcionamento, em agosto de 2012, o HS conquistou a certificação de Hospital Acreditado, através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Obteve o *upgrade* para Hospital Acreditado Pleno em 2014 e Acreditado com Excelência em 2016. Em setembro de 2019 e de 2022, a instituição obteve recertificações, mantendo-se como Acreditada com Excelência, reflexo da maturidade institucional e cultura de qualidade e segurança, onde valores, atitudes e competências determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização saudável e segura.



O hospital preza pela qualificação da assistência à saúde e definiu o cuidado centrado na pessoa estruturado em três linhas estratégicas: Clínica, Cirúrgica e Pediátrica. Ressalta a gestão clínica, numa visão sistêmica, com integração entre as equipes dos diversos processos, numa cadeia de valor para o paciente, onde a atuação de cada profissional é fundamental para o sucesso.

Em 2019, a instituição participou do projeto *Lean nas Emergências*, promovido pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em parceria com o Hospital Sírio Libanês. Os processos de trabalho foram revistos e houve a incorporação de novas ferramentas gerenciais, resultando na otimização do fluxo de acesso e redução da superlotação.

Em 2022 participou do *Projeto Reab*, também promovido pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital Sírio Libanês. Este projeto, que originalmente focava na recuperação de pacientes afetados por Covid-19, passou a atuar na reabilitação de pacientes com maior dependência, a exemplo das situações após a alta de UTI, com diagnósticos de Acidente Vascular Cerebral e

pneumonias graves. O papel da equipe multiprofissional no planejamento do cuidado é valorizado, bem como a definição de critérios para alta segura.

Ao longo dos anos, a capacidade de adaptação às mudanças, frente as necessidades da população sempre foram marcantes. Assim, diante do cenário da pandemia por Covid-19, em maio de 2020, o HS tornou-se uma das referências do estado para o atendimento deste perfil nosológico. Houve adequação de sua estrutura física, com implantação de 118 novos leitos de terapia intensiva e o direcionamento de 60 leitos de enfermaria. O acesso ao hospital passou a ser restrito, com atendimento de urgência e emergência referenciado pela Central Estadual de Regulação ou realizado em pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme a definição da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). No entanto, o hospital não deixou de prestar assistência aos pacientes que buscam atendimento na unidade, em situações de maior risco de vida.

Com o controle da pandemia de Covid-19, refletido pela redução do número de casos novos no estado e, conseqüentemente das taxas de Ocupação Hospitalar e em Terapia Intensiva, em 21 de agosto de 2021, o hospital deixou de ser referência neste perfil. Foram desativados os 60 leitos do Hospital Campanha e os 58 leitos da UTI Adulto IV passou a ser direcionado para pacientes críticos Não-Covid. Em julho de 2022, a UTI Adulto IV reduziu sua capacidade operacional para 10 leitos, permanecendo até junho de 2023, quando foi desativada.

A partir de julho de 2023, após a renovação do Contrato de Concessão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com a Prodal Saúde S.A., houve a ampliação da oferta de serviços, com a incorporação do atendimento ambulatorial de pacientes com perfis cirúrgicos pré-definidos, regulados pelo Sistema de Lista Única. Com isto, foi ampliada a atuação das diversas especialidades médicas já atuantes na instituição, que passaram a realizar procedimentos eletivos, e novas especialidades foram inseridas, a exemplo da cirurgia de cabeça e pescoço para o tratamento de doenças de tireoide.

Numa segunda etapa prevista para 2024, conforme definido no contrato, uma unidade neurológica será implantada, com 34 leitos de internação e 10 leitos de UTI tipo III. Nesta ocasião a Emergência retornará para seu espaço físico original.

A assistência à saúde busca o bem estar do paciente, onde a tomada de decisão deve ser a mais correta possível. Porém, em se tratando de saúde, em uma época em que a ciência e a tecnologia avançam de forma mais rápida, definir o que é certo ou errado frente à pluralidade sociocultural torna-se um desafio constante. Desta forma, o hospital implantou o Comitê de Bioética em dezembro de 2016, seguindo a Recomendação CFM N° 8/2015, do Conselho Federal de Medicina.

Este comitê oferece assessoria institucional, de caráter autônomo, colegiado, multidisciplinar e consultivo. Busca estimular e aprimorar a reflexão sobre diversos dilemas morais vivenciados na instituição, promovendo a conscientização dos profissionais de saúde com base nos princípios e valores éticos, favorecendo o enfrentamento e as decisões nos conflitos.

O HS conta ainda com diversas comissões, dentre elas a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão e Análise de Óbitos e Comissão de Revisão de Prontuário, e com o Núcleo de Segurança do Paciente, que realizam monitoramento do processo assistencial, contribuindo para as decisões estratégicas rumo à melhoria contínua dos resultados.

## 1.1 LOCALIZAÇÃO

O Hospital do Subúrbio está localizado no distrito do Subúrbio Ferroviário de Salvador, um dos doze distritos sanitários da capital baiana, no bairro de Periperi, numa área próxima à rodovia que acessa a capital. Representa um importante hospital da rede de saúde do estado da Bahia, com perfil de atendimento de urgência e emergência, para pacientes adultos e pediátricos, nas várias especialidades clínicas e cirúrgicas.



## 1.2 ESTRUTURA

Com modelo assistencial que concilia qualidade, segurança clínica e tecnologia, o HS possui uma estrutura física e de recursos humanos adequada, por meio da qual os pacientes recebem todos os cuidados necessários, assistidos por uma equipe multidisciplinar.

Originalmente a instituição dispunha de 373 leitos censáveis, sendo 253 leitos de internação em enfermaria, 60 em unidades intensivas e 60 sob regime de assistência domiciliar. Dos leitos de terapia intensiva, 50 eram para pacientes adultos e 10 para pacientes pediátricos. Entretanto, a partir de maio de 2020, visando o atendimento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, a instituição ampliou sua estrutura. Foram implantados mais 118 leitos de terapia intensiva e adequado 60 leitos de internação, exclusivamente para os pacientes deste perfil, e suspensa a atenção domiciliar.

Os 118 novos leitos de terapia intensiva, exclusivos para os casos suspeitos ou com diagnóstico de Covid-19, foram estruturados em duas grandes unidades - UTI Adulto IV, com 58 leitos, e o Hospital Campanha, com 60 leitos.

Em agosto de 2021, com o controle da pandemia, houve a desativação do Hospital Campanha e a manutenção da UTI Adulto IV com o perfil de atendimento para o paciente crítico geral. Em julho de 2022 a UTI Adulto IV reduziu sua capacidade operacional para 10 leitos, permanecendo assim até junho de 2023, quando foi totalmente desativada. Assim, o hospital retornou o total de 60 leitos de UTI, com 50 para pacientes adultos e 10 para pediatria.

A partir de julho de 2023, após a renovação do Contrato de Concessão do Hospital do Subúrbio, o Ambulatório, antes destinado apenas para casos egressos da unidade, passou a atender pacientes regulados pelo Sistema de Lista Única, incorporando novas especialidades médicas e procedimentos cirúrgicos eletivos.

O HS possui um moderno parque de medicina diagnóstica, com bioimagem (radiologia digital, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia digestiva e respiratória, tomografia, ressonância magnética) e laboratório de análises clínicas. Apresenta um centro cirúrgico com sete salas operatórias e 13 leitos para recuperação anestésica, com excelentes instalações.

Quanto a equipe de trabalho, atualmente o HS conta com 1.681 funcionários, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, sendo os demais profissionais de áreas técnicas, serviços de apoio, administração e corpo diretivo. Além disto, possui um corpo clínico composto por 287 médicos das mais diversas especialidades clínicas (clínica médica, pediatria, nefrologia, neurologia e infectologia) e cirúrgicas (cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, urologia, pediatria cirúrgica, cirurgia de cabeça e pescoço e anestesiologia), além de cirurgia bucomaxilofacial. Conta ainda com o serviço de medicina intensiva e radiologia.

### 1.3 REFERÊNCIA

Referência pelos serviços prestados à população, o hospital continua a despertar interesse em diversas organizações e autoridades que visitam a unidade para conhecer de perto suas instalações e modelo de gestão. O hospital recebeu, por exemplo, a visita do presidente do Banco Mundial, Jim Yong Kim, e do presidente da *Internacional Finance Corporation* (IFC), Jin Yong Cai. Na ocasião, Jim Yong Kim, que também é médico, comentou que o hospital tem o melhor em termos de infraestrutura e tecnologia em saúde, além de profissionais qualificados e preparados para os atendimentos.

Também visitaram a instituição a diretora geral da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Mirta Roses Periago, o representante da OPAS no Brasil, Joaquim Molina, o especialista sênior em saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Frederico Guanais, o ministro da saúde,

na época, Alexandre Padilha, representantes do Ministério da Defesa e do Exército Brasileiro, dentre outras autoridades.

#### 1.4 PRÊMIOS

O hospital acumula quatro prêmios internacionais e sete nacionais como reconhecimento do competente trabalho que tem realizado. Além disto, tem sido destaque em diversas publicações nacionais, a exemplo do jornal Valor Econômico e Revista Época, e internacionais, a exemplo do jornal britânico *Financial Times*.

Em agosto de 2012, a publicação *Infrastructure 100: World Cities Edition*, resultado de uma pesquisa patrocinada pela empresa de consultoria *KPMG Internacional*, sediada na Inglaterra, classificou o projeto de Parceria Público-Privada (PPP) do Hospital do Subúrbio como **“um dos 100 melhores no setor de infraestrutura pública do mundo nos últimos cinco anos, estando entre os 10 projetos líderes na área de saúde”**. Em janeiro de 2013, o HS destacou-se como **“Melhor Projeto de Saúde da América Latina”** no *Public-Private Partnerships Award*, promovido pela revista britânica *World Finance*. Em abril do mesmo ano, recebeu o terceiro prêmio internacional, desta vez concedida pela *Internacional Finance Corporation (IFC)* e pelo *Infrastructure Journal*, que classificou a unidade entre os **“10 melhores projetos de Parceria Público Privada (PPP) da América Latina e do Caribe”**. Este prêmio foi concedido um mês após a visita do presidente do Banco Mundial à unidade. O IFC é membro do Grupo Banco Mundial e a maior instituição de desenvolvimento global voltada para o setor privado nos países em desenvolvimento. Em 2015, a instituição foi premiada pela Organização das Nações Unidas (ONU) por **“Melhoria na Entrega de Serviços Públicos”**, segundo lugar entre os concorrentes da América Latina na categoria. O Secretário Geral da ONU, Ban Ki-Moon, declarou que o Prêmio reconhece que inovação e liderança contribuem para que a comunidade e grupos marginalizados recebam serviços melhores e de confiança.

Dos sete prêmios nacionais, três foram pelos resultados alcançados em doação de órgãos e tecidos. Em 2011 o HS recebeu o troféu **“Amigo do Transplante”**, como reconhecimento da atuação no incentivo à doação de órgãos e tecidos no estado da Bahia, em 2017, o prêmio **“CIHDOTT nota 10”**, e em 2018, o prêmio **“Transplantes Bahia doe órgãos, doe vida”**.

Em 2015, a instituição recebeu o **“Prêmio Práticas Inovadoras Dr. Luiz Plínio Moraes de Toledo”**, concedido pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), sendo o escolhido dentre todas as instituições brasileiras acreditadas ou em processo de acreditação do ano. Na entrega do prêmio foi destacada a utilização de indicadores como base para tomada de decisão, a atuação da Gestão de Acesso e a da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, num processo de melhoria assistencial.

Em 2022, houve o reconhecimento da instituição pela Rioquímica S.A., como um exemplo inspirador, pelo empenho e paixão pelo trabalho em um momento tão difícil como a pandemia de Covid

19. Neste mesmo ano, o Hospital do Subúrbio foi eleito o **5º Melhor Hospital Público do Brasil**, a partir de critérios de qualidade assistencial e satisfação do usuário.

Em 2023, referente à performance em 2022, o *Epimed Solutions*, em parceria com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), concedeu a UTI Cirúrgica do hospital o prêmio de “**UTI Eficiente**”, pela boa eficiência clínica, de acordo com as Matrizes de Eficiência geradas pelo sistema *Epimed Monitor*.

#### PREMIAÇÕES – HOSPITAL DO SUBÚRBIO

- 2011 - “Amigo do Transplante” como reconhecimento da atuação no incentivo à doação de órgãos e tecidos no estado da Bahia.
- 2012 - “*Infrastructure 100: World Cities Edition*”, como um dos 100 projetos mais inovadores do mundo, concedido pela organização internacional *KPMG – Cutting Through Complexity*.
- 2013 - “Melhores projetos de PPP na América Latina”, considerado pela revista *World Finance*.
- 2013 - “*Emerging Partnerships Award*”, concedido pela *International Finance Corporation (IFC)* e pelo *Infrastructure Journal*.
- 2015 - “Melhoria na Entrega de Serviços Públicos”, segundo lugar entre os concorrentes da América Latina na categoria, concedido pela Organização das Nações Unidas (ONU).
- 2015 - “Prêmio Práticas Inovadoras Dr. Luiz Plínio Moraes de Toledo”, concedido pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG).
- 2017- “CIHDOTT nota 10”, prêmio de reconhecimento do ano 2017, concedido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
- 2018- “Transplantes Bahia doe órgãos, doe vida”, como Instituição Doadora de Órgãos e Tecidos para Transplantes - 2018, concedido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
- 2022- “Título de Reconhecimento” como uma instituição que é um exemplo inspirador, concedido pela Rioquímica.
- 2022 - 5º Lugar dentre os Melhores Hospitais Públicos do Brasil 2022, concedido pelo IBROSS, OPAS e ONA.
- 2023 - UTI Eficiente 2023, concedido pelo *Epimed Solutions*, em parceria com a AMIB.

### 1.5 ENSINO E PESQUISA

O Ensino em Saúde é uma estratégia que favorece para o alcance de melhores desfechos em relação à Atenção em Saúde. Garantir os atendimentos necessários, melhorar resultados, reduzir custos e se tornar mais eficiente - todos são metas de gestão que passam por pessoas com diferentes níveis de conhecimento e capacitação, mas que precisam trabalhar em conjunto para que possam ser plenamente atingidos, reavaliados e realinhados. Um trabalho contínuo que não termina, nem na gestão e, consequentemente, nem na educação.

A Educação no HS não é apenas relacionada ao ensino da Medicina, seja no nível de Internato, em convênio com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e a Faculdade de Medicina

da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA). Além de uma ampliação e sistematização do ensino médico nas formas já descritas, é necessária a extensão do Ensino em Saúde para as áreas não-médicas, como Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Biomedicina, Psicologia, assim como a capacitação de outros profissionais, como seguranças, atendentes, agentes de transporte, propiciando desta forma uma assistência de qualidade e segurança em todos os níveis organizacionais.

O programa de capacitação do HS é elaborado com base na avaliação dos resultados obtidos dos indicadores assistenciais, da supervisão direta do colaborador, das auditorias de prontuário e de processos, com identificação das necessidades que impactam na segurança da assistência ao paciente.

Dentre as diversas capacitações realizadas no hospital, merece destaque o Suporte Básico de Vida, tanto na área assistencial, quanto administrativa, e os treinamentos relacionados com as linhas de cuidado estratégicas, protocolos institucionais e política de qualidade e segurança do paciente.

Além de ensinar, todo educador deve também aprender a analisar resultados, realinhando condutas e objetivos de acordo com as mudanças, seja de ordem epidemiológica, econômica, de recursos ou até mesmo do pensamento científico. A organização e sistematização do HS o torna propício para a realização de inúmeras pesquisas científicas de importância médica e não-médica. O benefício de dados científicos consistentes vai além da assistência médica, permitindo a reavaliação dos objetivos e metas, implantação de novos protocolos de serviço e a visibilidade científica da instituição.

Com a percepção de que a Pesquisa Científica é um trabalho constante e sem fim, o foco é produzir novos conhecimentos, que sejam interessantes e relevantes para a comunidade médica, de saúde e de pacientes, dentro de princípios éticos e da factibilidade de sua realização.

## 1.6 CRESCIMENTO

O Hospital do Subúrbio entende a importância do ensino para a qualificação dos serviços de saúde e para formação de profissionais fidelizados e diferenciados, que conheçam e valorizem cada vez mais o sistema público de saúde dentro de um contexto de integralidade. Deste modo, em 2014 o hospital iniciou o programa de residência médica, atualmente com o credenciamento nas áreas de clínica médica, ortopedia, pediatria, cirurgia geral, cirurgia do trauma, medicina intensiva pediátrica e cirurgia pediátrica, além de ter parcerias com universidades/faculdades em diversos cursos voltados para a saúde.

Em 2016, o HS iniciou o *Projeto Trainee* para a enfermagem, contribuindo para a capacitação e aprimoramento destes profissionais sem experiência no exercício de sua profissão, nos aspectos técnicos assistenciais, científicos e de liderança, visando uma assistência mais qualificada e com sustentabilidade.

O *Projeto Trainee* do HS constitui-se numa fonte de aprendizado, motivação e oportunidades, oferecendo ao profissional sem experiência o suporte e acompanhamento de profissionais experientes,

imprescindíveis para sua atuação durante o programa. Atualmente, o projeto expandiu para outras categorias multiprofissionais, a exemplo da psicologia, nutrição e serviço social.

Para adequação dos seus serviços e instalações hospitalares à realidade epidemiológica da população assistida e da Rede Pública de Saúde, bem como atender as novas definições do Contrato de Concessão, o Hospital do Subúrbio vem realizando modificações em sua estrutura física e renovando o seu parque tecnológico. Desta forma, junto com a revisão, monitoramento e controle dos processos assistenciais, vem prezando pela garantia da qualidade de suas atividades e eficiência operacional.

## 2 ESTATÍSTICA DOS ATENDIMENTOS

O Hospital do Subúrbio (HS) oferece atendimento de urgência e emergência, de alta e média complexidade, num distrito sanitário do município de Salvador que vem gradativamente aprimorando sua rede básica e unidades de pronto atendimento, com melhor gestão dos serviços.

Ao longo dos 13 anos, estratégias foram implementadas para conscientização dos usuários, que junto à melhoria da Rede de Saúde do distrito, fortaleceram o perfil institucional, com consequente redução do número de atendimentos desde os primeiros anos do hospital. Assim, foi desenvolvido com as lideranças comunitárias, um trabalho de parceria, qualificando melhor o acesso e garantindo a priorização de atendimentos para os pacientes de maior gravidade e risco.

Diante do cenário da pandemia por Covid-19, a partir de 20 de maio de 2020 (9º mês do Ano 10), além dos atendimentos de urgência e emergência geral, a instituição tornou-se referência para pacientes com este perfil nosológico. Para isto, foi realizada a adequação da estrutura, com implantação de 118 novos leitos de terapia intensiva e 60 leitos de enfermaria foram convertidos. O acesso ao hospital passou a ser restrito, com atendimento de urgência e emergência referenciado pela Central Estadual de Regulação (CER), ou através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ou por demanda espontânea em situações ameaçadoras de vida, conforme definido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

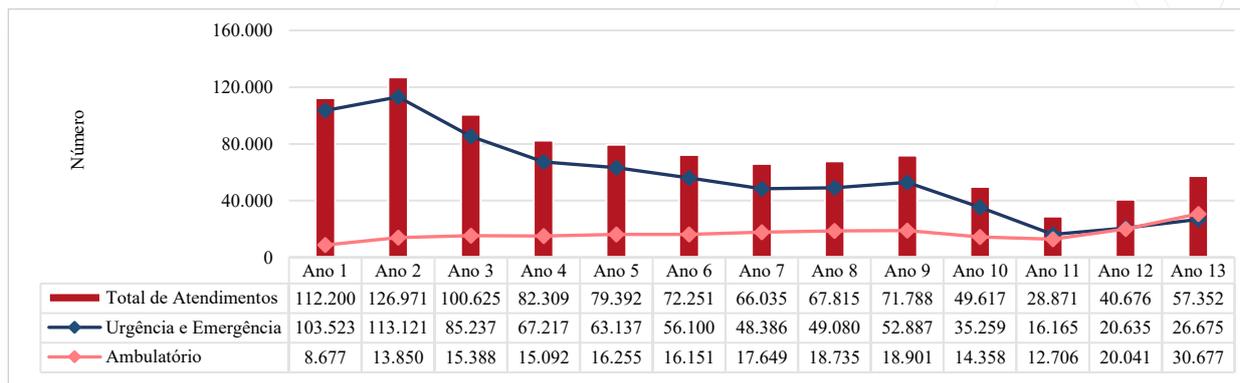
Com a redução dos casos de Covid-19 no estado da Bahia e consequente menor ocupação dos leitos específicos para este perfil na instituição, cumprindo a decisão do Poder Concedente, em 21 de agosto de 2021 o hospital deixou de ter esta referência. Dos 118 novos leitos de terapia intensiva, foram desativados os 60 leitos do Hospital Campanha e a UTI Adulto IV, com 58 leitos, passou a atender pacientes de perfil geral.

Em julho de 2022, correspondente ao 10º mês do Ano 12, a UTI Adulto IV passou a atuar com 10 leitos. A menor oferta de leitos de terapia intensiva, que reduziu de 118 para 70 leitos (59,3%), aliado ao aumento da demanda espontânea de pacientes, levou a redução do número de atendimentos referenciados pela Central Estadual de Regulação.

Com a Renovação do Contrato de Concessão, ocorrida em 30 de junho de 2023, correspondente ao 10º Mês do Ano 13, foram incorporados novos serviços, entre os quais o atendimento ambulatorial de pacientes regulados pelo Sistema Lista Única, nas especialidades cirúrgicas.

O gráfico 1 demonstra o comportamento do número de atendimentos ao longo dos treze anos, considerando a sua totalidade, em situações de urgência e emergência e no Ambulatório. Pode-se observar a marcante redução nos primeiros anos do hospital, atribuída aos atendimentos de urgência e emergência, e que foi decorrente das ações desenvolvidas junto à comunidade, visando fortalecer o perfil institucional de maior gravidade e risco.

**Gráfico 1:** Número de atendimentos por ano - HS - Ano 1 a 13



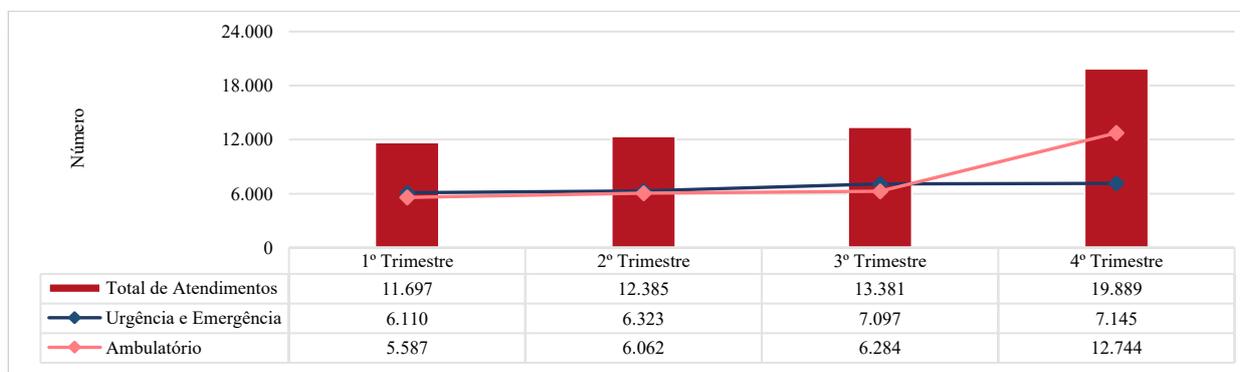
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Nos Anos 10 e 11, a queda nos atendimentos aconteceu, principalmente, devido a restrição do acesso à Emergência, conforme descrito anteriormente, e da determinação dos órgãos governamentais em suspender os atendimentos eletivos de pacientes ambulatoriais, visando minimizar o risco de transmissão de SARS COV-2. Corroborando com isso, a redução em 69,4% e 32,8% dos atendimentos na Emergência e Ambulatório, respectivamente, no Ano 11, em relação ao Ano 9 (pré-pandemia).

A partir do Ano 12 houve aumento dos atendimentos, embora ainda sem atingir os valores do período anterior ao da pandemia. No entanto, é fato que a produção ambulatorial cresceu desde então, superando inclusive a Emergência. Do total de 57.352 atendimentos, foram 26.675 de urgência e emergência (46,5%) e 30.677 no Ambulatório (53,5%).

Dois importantes fatores podem estar associados ao aumento da produção ambulatorial: a restrição das consultas dos pacientes egressos da própria unidade hospitalar no período da pandemia, represando e prorrogando a continuidade do processo assistencial nos pacientes cirúrgicos, e o incremento das consultas ambulatoriais eletivas, incluindo dos pacientes regulados pelo Sistema Lista Única a partir do 10º mês do Ano 13. No gráfico 2 está demonstrado o quantitativo de atendimentos por trimestre no último ano, com 19.889 pacientes atendidos no 4º trimestre, sendo 12.744 pelo Ambulatório (64,1%).

**Gráfico 2:** Número de atendimentos por trimestre - HS - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Para melhor compreensão dos atendimentos realizados na instituição, a seguir serão apresentadas algumas características epidemiológicas dos atendimentos realizados na Emergência e Ambulatório no Ano 13, considerando a procedência, dados demográficos e os perfis por especialidades médicas e nosológicos.

## 2.1 ATENDIMENTOS NA EMERGÊNCIA

Os atendimentos de urgência e emergência são realizados em dois setores distintos - Emergência Adulto e Emergência Pediátrica, conforme a idade do paciente seja maior ou até 16 anos, respectivamente. A tabela 1 mostra o número de atendimentos nestes setores, onde houve predomínio dos pacientes adultos, com 19.313 (72,4%).

**Tabela 1:** Número de atendimentos na Emergência – Ano 13

<b>Atendimentos na Emergência</b>		
Período 14/09/2022 a 30/09/2023		
Emergência Adulto	19.313	72,4%
Emergência Pediátrica	7.362	27,6%
<b>Total</b>	<b>26.675</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Sistema Informatizado - HS

### 2.1.1 Procedência

Na análise dos atendimentos por procedência foram definidos quatro grupos, considerando o endereço referido como moradia ser: no distrito do Subúrbio Ferroviário, entorno do Subúrbio, em outros bairros de Salvador e outros municípios. Na tabela 2 pode-se evidenciar que o declínio inicial, como anteriormente comentado, foi relacionado aos pacientes provenientes do próprio distrito do Subúrbio Ferroviário e de seu entorno, que apresentaram redução de 63,9% e 43,6%, respectivamente, no Ano 9 em relação ao Ano 1. Este fato corrobora com o fortalecimento do perfil institucional e a melhoria da assistência à saúde no distrito, que passou a absorver os atendimentos de menor complexidade e risco nas unidades de atenção à saúde primária e secundária.

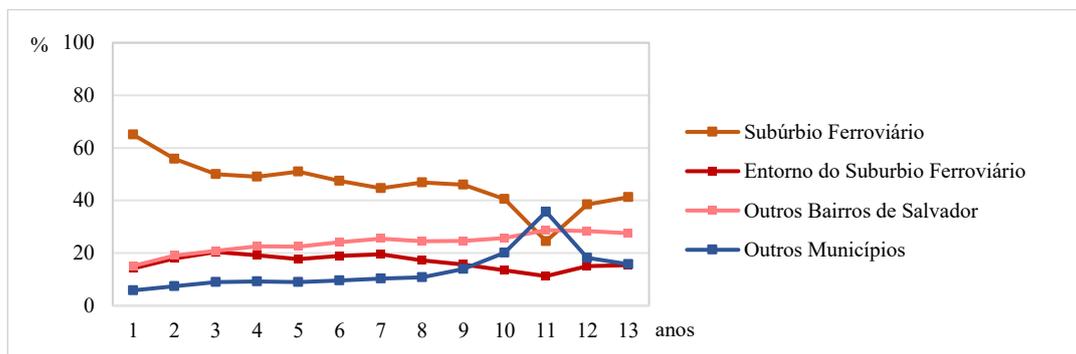
A partir do Ano 10, com o surgimento da pandemia de SARS COV-2, houve diminuição dos atendimentos de urgência e emergência, chegando a 16.165 no Ano 11. No entanto, conforme demonstrado na tabela 2 e gráfico 3, neste mesmo ano a demanda de outras procedências, citadas como “outros municípios”, com 35,7%, e “outros bairros”, com 28,6%, superaram o distrito do Subúrbio Ferroviário e seu entorno. Isto reflete uma maior proporção de pacientes encaminhados pela Central Estadual de Regulação, especialmente casos críticos com a suspeita ou diagnóstico de Covid-19.

No Ano 13, pode-se observar aumento dos atendimentos em todas as procedências, bem como a semelhança na distribuição percentual em relação ao período anterior a pandemia (gráfico 3).

**Tabela 2:** atendimentos de urgência e emergência por procedência - Ano 1 a 13

	Subúrbio Ferroviário		Entorno do Subúrbio		Outros bairros de Salvador		Outros Municípios		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Ano 1</b>	67.248	65,0%	14.594	14,1%	15.656	15,1%	6.025	5,8%	<b>103.523</b>
<b>Ano 2</b>	63.064	55,8%	20.245	17,9%	21.433	19,0%	8.378	7,4%	<b>113.121</b>
<b>Ano 3</b>	42.614	50,0%	17.343	20,4%	17.739	20,8%	7.541	8,8%	<b>85.237</b>
<b>Ano 4</b>	32.933	49,0%	12.871	19,2%	15.216	22,6%	6.197	9,2%	<b>67.217</b>
<b>Ano 5</b>	32.182	51,0%	11.199	17,7%	14.148	22,4%	5.608	8,9%	<b>63.137</b>
<b>Ano 6</b>	26.642	47,5%	10.580	18,9%	13.516	24,1%	5.362	9,5%	<b>56.100</b>
<b>Ano 7</b>	21.649	44,7%	9.438	19,5%	12.341	25,5%	4.958	10,3%	<b>48.386</b>
<b>Ano 8</b>	22.970	46,8%	8.794	17,9%	12.035	24,5%	5.281	10,8%	<b>49.080</b>
<b>Ano 9</b>	24.311	46,0%	8.231	15,5%	12.994	24,6%	7.351	13,9%	<b>52.887</b>
<b>Ano 10</b>	14.268	40,5%	4.844	13,7%	9.077	25,7%	7.070	20,1%	<b>35.259</b>
<b>Ano 11</b>	3.961	24,5%	1.808	11,2%	4.631	28,6%	5.765	35,7%	<b>16.165</b>
<b>Ano 12</b>	7.945	38,5%	3.095	15,0%	5.860	28,4%	3.735	18,1%	<b>20.635</b>
<b>Ano 13</b>	10.943	41,0%	4.245	15,9%	7.336	27,5%	4.151	15,5%	<b>26.675</b>

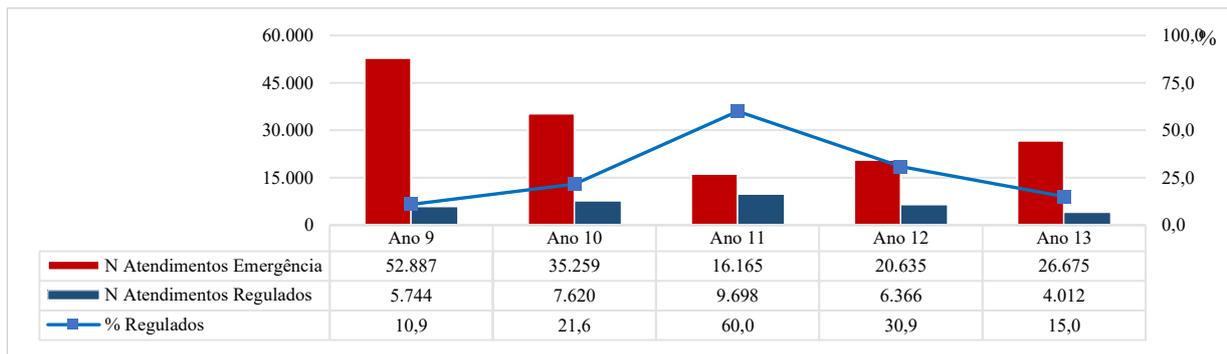
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 3:** atendimentos por procedência – Emergência – Ano 1 a 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Durante a pandemia, embora o Hospital do Subúrbio funcionasse com restrição de acesso à Emergência, direcionando seus leitos para o atendimento de pacientes regulados pela CER, especialmente nos casos suspeitos ou diagnosticados de Covid-19, a instituição manteve o acolhimento de pacientes sob demanda espontânea nas situações de urgência e emergência de maior risco.

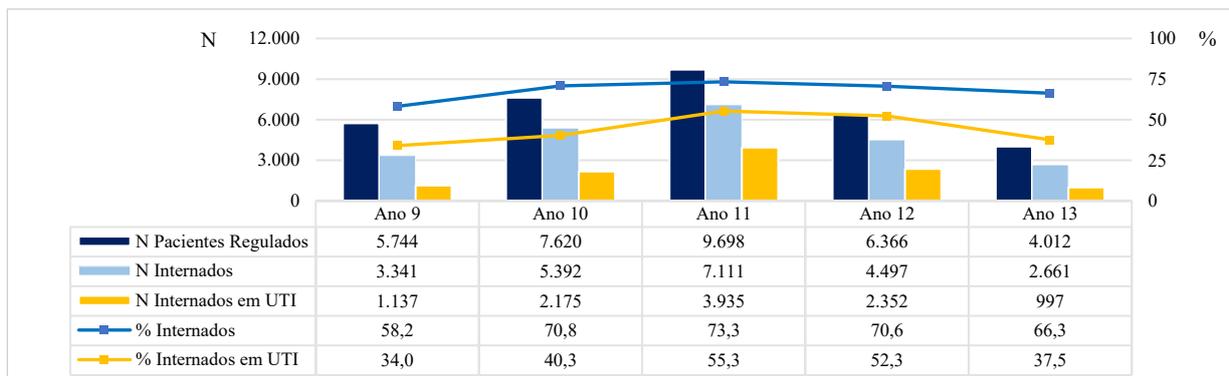
Desta forma, conforme demonstrado no gráfico 4, houve redução do número de atendimentos até o Ano 11, quando atingiu 16.165, mas com maior proporção dos que foram regulados, chegando a 60% dos pacientes atendidos. A partir do Ano 12, a diminuição das regulações ocorreu de forma progressiva, em consequência do aumento da demanda espontânea e da menor oferta de leitos de terapia intensiva na instituição. Ressalta-se a desmobilização dos 60 leitos do Hospital Campanha durante o Ano 12 e de 48 leitos da UTI Adulto IV no Ano 13.

**Gráfico 4:** Total de Atendimentos de urgência e emergência e de pacientes Regulados - HS - Ano 9 e 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

No gráfico 5 está demonstrado o comportamento dos pacientes regulados pela CER em relação a necessidade de internamento nos últimos cinco anos. Nota-se que, acompanhando o aumento do número de regulações até o Ano 11, houve maiores Taxas de Conversão para internação, inclusive em unidades intensivas, que atingiu 73,3%. Assim corroborando com a maior gravidade e criticidade dos casos.

No Ano 13, a despeito da redução das regulações, com 4.012 casos, as Taxas de Conversão ainda foram altas, com 66,3% e 37,5%, para internação e internação em UTI, respectivamente.

**Gráfico 5:** Atendimentos de pacientes Regulados e Internações geradas (Total e na UTI) - HS - Ano 9 e 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

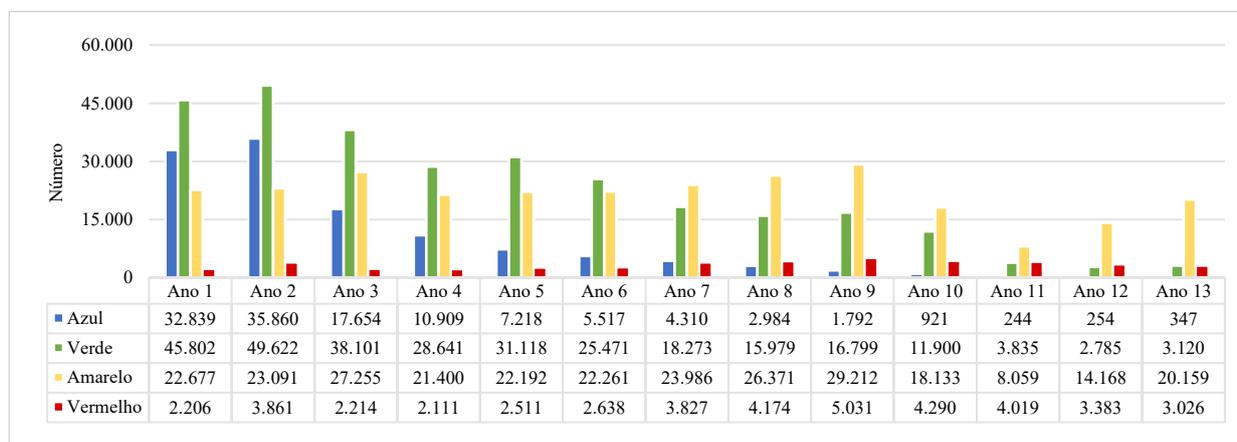
### 2.1.2 Acolhimento e Classificação de Risco

O acolhimento com avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que buscam um tratamento imediato. No HS, de acordo com sua condição clínica, grau de sofrimento e potencial de risco, o paciente é estratificado e priorizado para o atendimento, com sinalização de quatro grupos: Vermelho (emergência, com atendimento imediato), Amarelo (urgência), Verde (não urgência) e Azul (não urgência e de baixa complexidade). Os pacientes classificados com risco Azul e, a partir da restrição do acesso à Emergência, os Verdes, são orientados e encaminhados para unidades de pronto atendimento e ambulatorios, de acordo com suas necessidades, com o apoio do Serviço Social.

A Assertividade do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco é avaliada a partir da confirmação feita pelo médico durante o atendimento. No décimo terceiro ano de funcionamento do hospital, atingiu valor de 97,5%, sendo 97,2% na Emergência Adulto e 98,6 % na Emergência Pediátrica.

No gráfico 6 está demonstrado o comportamento dos atendimentos de urgência e emergência conforme o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco ao longo dos treze anos. Pode-se observar que a redução do número de atendimentos a partir do terceiro ano, conforme previamente demonstrado no gráfico 1, foi relacionada aos pacientes classificados como Azuis e Verdes, corroborando com o perfil institucional, onde os pacientes Amarelos e Vermelhos, de maiores riscos, são prioritários. No Ano 13, os atendimentos de pacientes com risco Amarelo predominaram, com 20.159 (75,6%), seguido do risco Vermelho, com 3.026 (11,3%), representando juntos 86,9% do total.

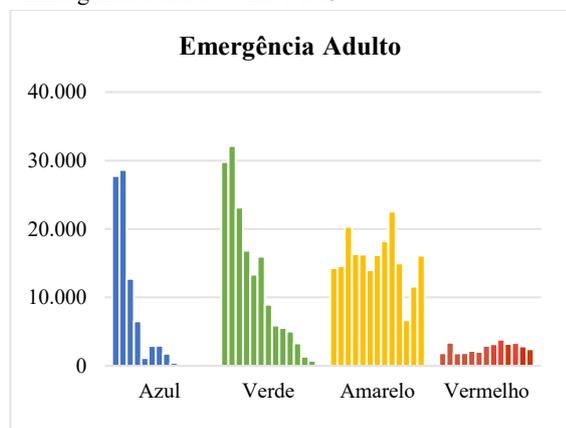
**Gráfico 6:** Atendimentos de urgência e emergência por classificação de risco - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

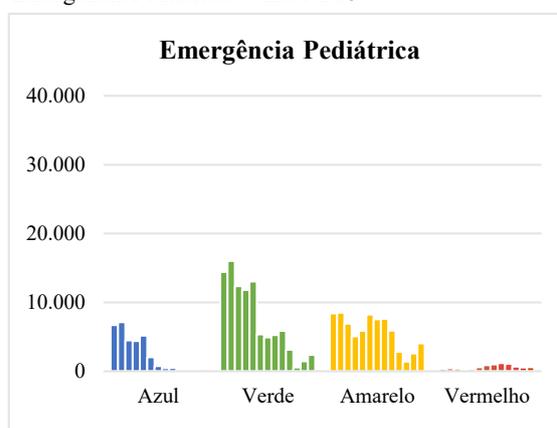
Ao separar os atendimentos realizados na Emergência Adulto e Pediátrica, como demonstrado nos gráficos 7 e 8 e tabelas 3 e 4, foi observado que a redução de pacientes com o risco Verde e Azul ocorreu nos dois setores. No entanto, de modo marcante e mais precoce no adulto.

**Gráfico 7:** Atendimentos por classificação de risco na Emergência Adulto - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 8:** Atendimentos por classificação de risco na Emergência Pediátrica – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 3:** atendimentos por classificação de Risco na Emergência Adulto - Ano 1 a 13

Emergência Adulto													
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9	Ano 10	Ano 11	Ano 12	Ano 13
	25.754	28.628	12.723	6.518	1.146	2.906	2.936	1.773	433	140	219	45	29
	35,9%	36,2%	21,9%	15,7%	3,5%	8,3%	9,5%	6,1%	1,3%	0,6%	1,6%	0,3%	0,2%
	29.786	32.135	23.127	16.837	13.321	15.959	8.928	5.890	5.532	5.015	3.284	1.334	744
	41,6%	40,6%	39,9%	40,5%	40,3%	45,5%	28,8%	20,3%	17,1%	21,5%	24,3%	8,4%	3,9%
	14.279	14.559	20.302	16.327	16.268	13.991	16.179	18.200	22.549	14.975	6.654	11.585	16.101
	19,9%	18,4%	35,0%	39,3%	49,3%	39,9%	52,2%	62,7%	69,7%	64,2%	49,3%	73,3%	83,4%
	1.853	3.385	1.831	1.868	2.188	2.052	2.926	3.167	3.834	3.208	3.338	2.841	2.438
	2,6%	4,3%	3,2%	4,5%	6,6%	5,8%	9,4%	10,9%	11,8%	13,7%	24,7%	18,0%	12,6%

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 4:** atendimentos por classificação de Risco na Emergência Pediátrica - Ano 1 a 13

Emergência Pediátrica													
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9	Ano 10	Ano 11	Ano 12	Ano 13
	6.722	7.129	4.487	4.391	5.189	2.041	756	459	481	160	25	209	318
	22,5%	22,2%	18,6%	20,4%	21,2%	12,6%	5,3%	3,2%	3,6%	2,2%	0,9%	4,3%	4,3%
	14.418	16.024	12.359	11.804	13.033	5.358	4.916	5.257	5.865	3.126	551	1.451	2.376
	48,2	49,9%	51,2%	54,9%	53,4%	33,0%	34,7%	36,5%	43,5%	43,5%	20,6%	30,0%	32,3%
	8.396	8.511	6.916	5.073	5.882	8.242	7.554	7.618	5.905	2.821	1.405	2.583	4.058
	28,1%	26,5%	28,6%	23,6%	24,1%	50,7%	53,4%	52,9%	43,8%	39,2%	52,6%	53,5%	55,1%
	353	438	382	243	322	585	888	999	1.190	1.073	681	542	588
	1,2%	1,4%	1,6%	1,1%	1,3%	3,6%	6,3%	6,9%	8,8%	14,9%	25,5%	11,2%	8,0%

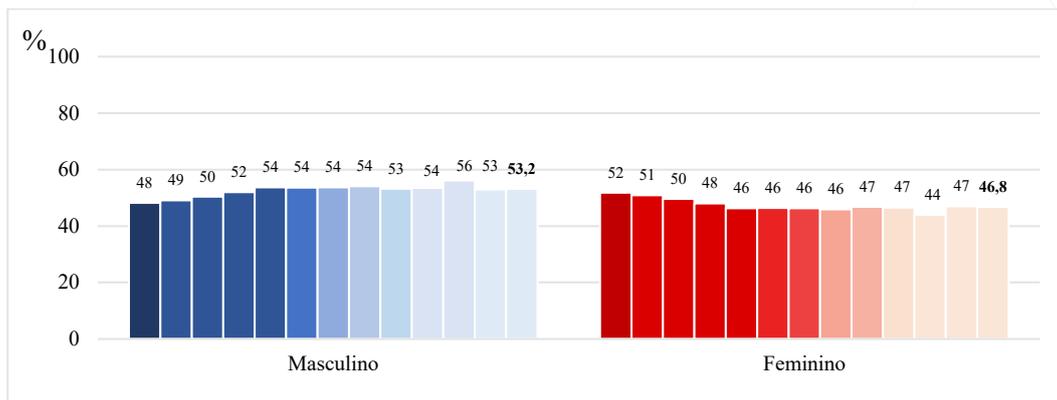
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na Emergência Pediátrica, a partir do sexto ano, com a mudança do modelo assistencial e implantação da Linha de Cuidado do Paciente Pediátrico, houve expressiva queda nos atendimentos de pacientes classificados como Azuis e Verdes e aumento dos Amarelos, que junto com os Vermelhos representaram 63,1% do total de atendimentos no último ano (gráfico 8 e tabela 4). Na Emergência Adulto esta relação foi de 96% no Ano 13.

### 2.1.3 Faixa Etária e Sexo

Na avaliação dos 26.675 atendimentos de urgência e emergência realizados no décimo terceiro ano do hospital, foram do sexo masculino 14.196 (53,2%) e do feminino 12.479 (46,8%). Como demonstrado no gráfico 9, pode-se observar que a maior proporção do masculino ocorre desde os primeiros anos de operação da unidade, justificável pelo perfil de urgência e emergência, onde as causas externas constituem importante motivo de atendimento.

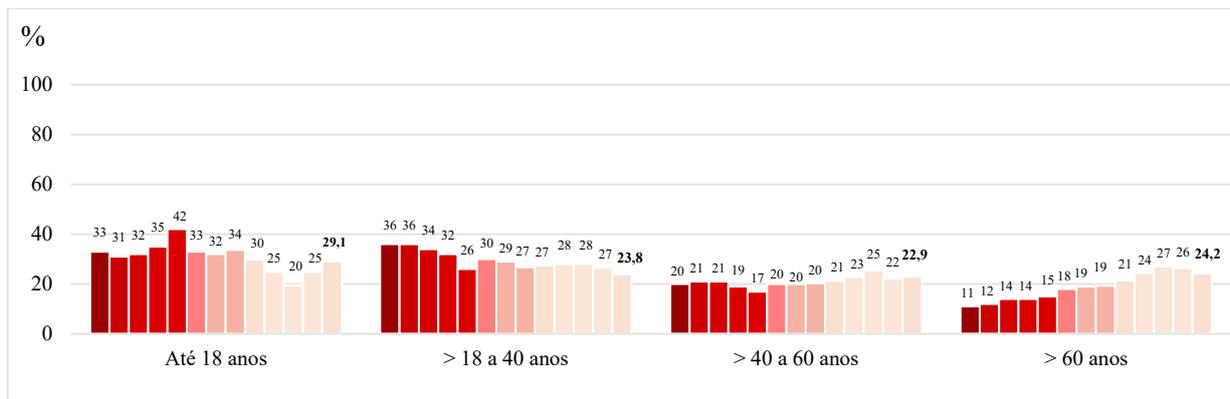
**Gráfico 9:** atendimentos de urgência e emergência por sexo - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação a idade, conforme o gráfico 10, que mostra o percentual dos atendimentos por grupo etário ao longo dos anos, nota-se que a despeito da prevalência dos mais jovens, houve aumento no grupo acima de 60 anos. De 11% do total de atendimentos no primeiro ano, os pacientes idosos passaram a representar 24,2% no Ano 13. Isto reflete, além de um maior perfil de idosos, a presença de doenças crônicas e degenerativas.

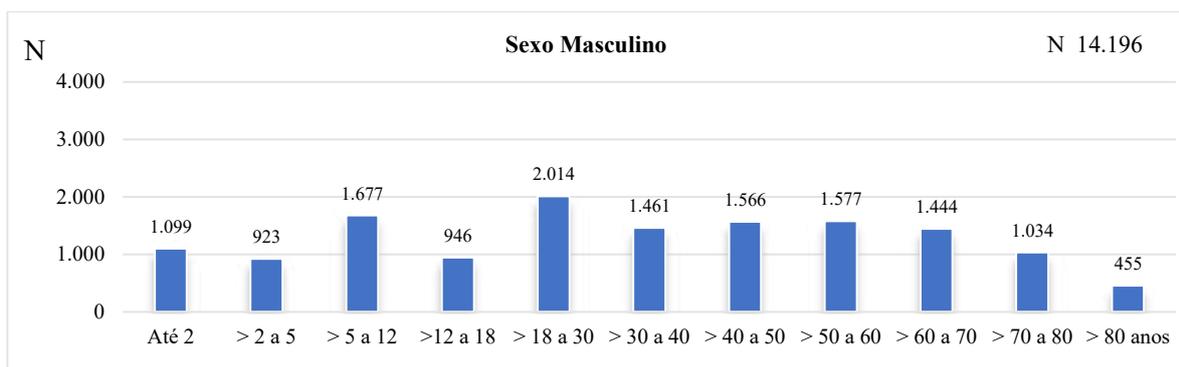
**Gráfico 10:** atendimentos de urgência e emergência por grupo etário – Ano 1 a 13



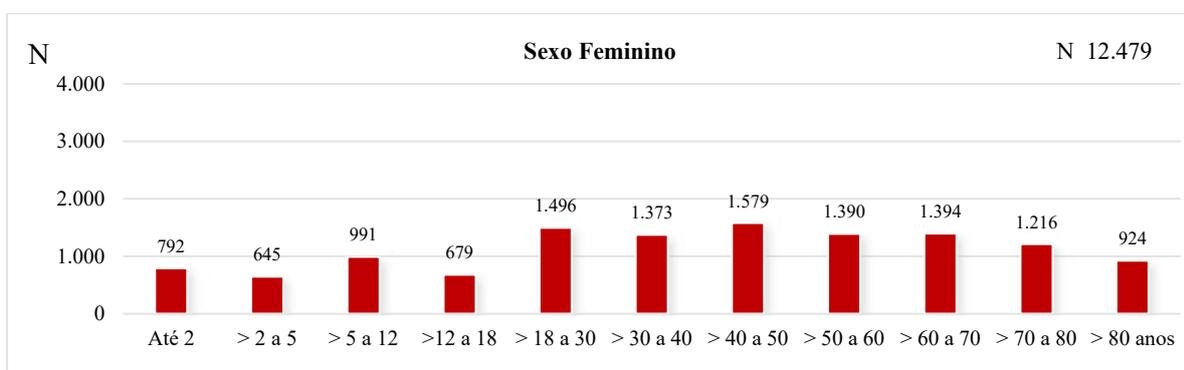
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na avaliação dos 26.675 atendimentos de urgência e emergência realizados no décimo terceiro ano do hospital, considerando o sexo e faixa etária, conforme gráficos 11 e 12, embora apresente uma curva de distribuição semelhante, foi marcante a diferença observada. O sexo masculino predominou de forma mais significativa nas faixas etárias até 30 anos e o feminino nas faixas acima de 70 anos. Tal comportamento decorre da maior exposição às causas externas no masculino, que representou o principal motivo de atendimento, como será mostrado no tópico 2.1.5.

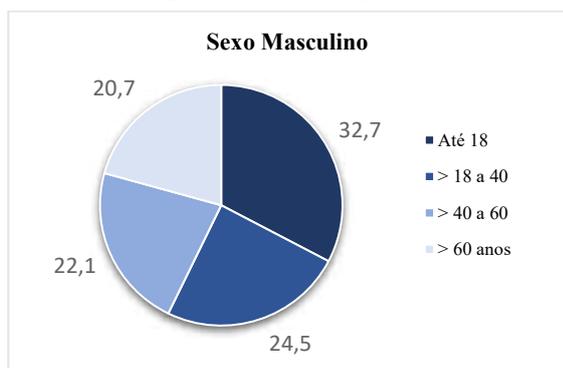
Os gráficos 13 e 14 mostram a distribuição percentual por grupos etários no sexo masculino e feminino, respectivamente, no Ano 13. Nota-se que os atendimentos no sexo masculino predominaram no grupo até 18 anos e entre 18 e 40 anos, com 32,7% e 24,5%. Já no feminino, o grupo acima de 60 anos prevaleceu, com 28,3%.

**Gráfico 11:** Distribuição dos atendimentos do sexo masculino por faixa etária - Emergência - Ano 13

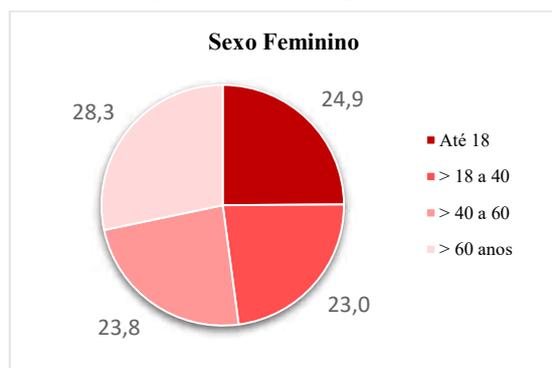
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 12:** Distribuição dos atendimentos do sexo feminino por faixa etária - Emergência - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 13:** Distribuição dos atendimentos do sexo Masculino por grupo etário - Emergência - Ano 13

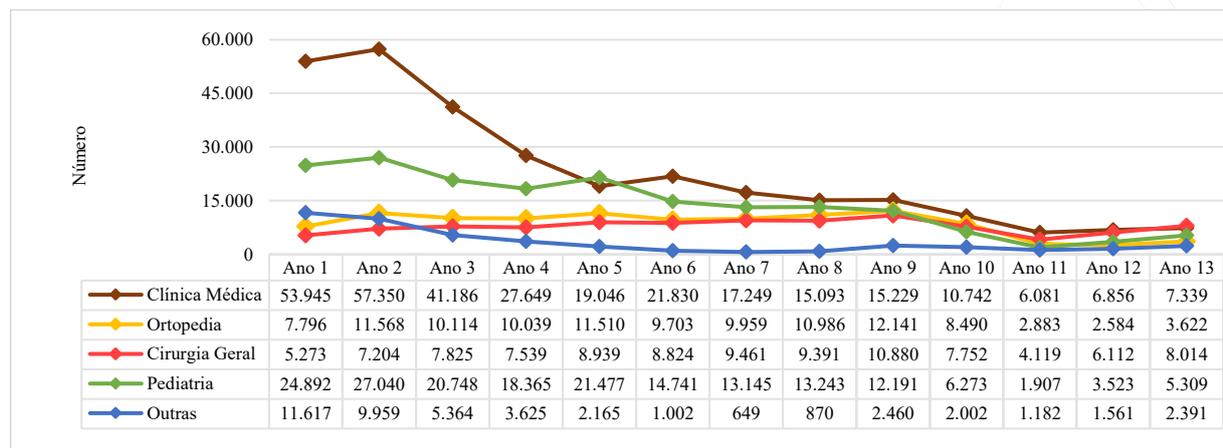
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 14:** Distribuição dos atendimentos do sexo Feminino por grupo etário - Emergência - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 2.1.4 Atendimentos por Especialidades

Na distribuição dos atendimentos pelas especialidades médicas, conforme o gráfico 15, é evidente que a redução ocorrida ao longo do tempo foi principalmente devido a Clínica Médica. Este fato pode ser justificado pelo fortalecimento do perfil institucional aliado a melhoria da Rede de Saúde do distrito e do seu entorno, com abertura de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's).

**Gráfico 15:** atendimentos de urgência e emergência por especialidades - Ano 1 a 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A partir do terceiro ano houve também redução de atendimentos de outras especialidades, dentre elas a Pediatria, que foram absorvidas pelas UPA's, num contexto de não urgência, nem emergência.

Outro ponto marcante foi o aumento progressivo dos atendimentos realizados pela Cirurgia Geral, que passou de 5.273 no primeiro ano para 10.880 no nono ano, representando um crescimento de 106,3%. Este fato pode ser justificado pela maior demanda de patologias cirúrgicas em um hospital de urgência e emergência, de média e alta complexidade.

No Ano 10 e 11, a redução dos atendimentos foi observada em todas as especialidades médicas, diante do cenário de pandemia vivenciado e a restrição do acesso à emergência. Nos últimos dois anos, pode-se verificar um crescente número de atendimentos, principalmente nas especialidades cirúrgicas e Pediatria.

No Ano 13, conforme demonstrado na tabela 5, a Cirurgia Geral foi a especialidade predominante nos atendimentos da Emergência Adulto, com 7.999 (41,4%), seguida da Clínica Médica, com 7.339 (38%), e Ortopedia, com 2.328 (12%). Na Emergência Pediátrica, o atendimento clínico foi o mais frequente, com 5.309 (72,1%), porém com inversão de posições entre a Ortopedia, com 1.294 (17,6%) e Cirurgia Geral e Pediátrica, que juntas representaram 752 casos (10,2%).

**Tabela 5:** atendimentos por especialidades na Emergência – Ano 13

Atendimentos na Emergência - 14/09/2022 a 30/09/2023					
Adulto	N	%	Pediátrica	N	%
Cirurgia Geral	7.999	41,4	Pediatria Clínica	5.309	72,1
Clínica Médica	7.339	38,0	Ortopedia	1.294	17,6
Ortopedia	2.328	12,0	Cirurgia Pediátrica	737	10,0
Urologia	1.118	5,8	Cirurgia Geral	15	0,2
Neurocirurgia	248	1,3	Urologia	6	0,1
Cirurgia Vascular	224	1,2	Bucomaxilofacial	1	0,0
Bucomaxilofacial	46	0,2			
Neuroclínica	9	0,01			
Otorrinolaringologia	2	0,00			
<b>Total</b>	<b>19.313</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>7.362</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Ao avaliar o quantitativo de atendimentos por especialidades no Ano 13 em relação ao anterior, pode-se verificar que houve aumento da produção em todas, bem como foi mantida altas Taxas de internações geradas (tabela 6).

**Tabela 6:** Taxa de Conversão por especialidades procedentes da urgência e emergência – HS – Ano 12 e 13

Descrição	Atendimentos		Internamentos		Taxa de Conversão	
	Ano 12	Ano 13	Ano 12	Ano 13	Ano 12	Ano 13
Clínica Médica	6.855	7.339	4.365	4.416	63,7%	60,2%
Cirurgia Geral	6.112	8.014	2.747	3.028	44,9%	37,8%
Pediatria	3.523	5.309	1.121	1.200	31,8%	22,6%
Ortopedia	2.584	3.622	1.223	1.399	47,3%	38,6%
Urologia	744	1.124	331	442	44,5%	39,3%
Cirurgia Pediátrica	466	737	247	280	53,0%	38,0%
Cirurgia Vasculard	202	224	159	183	78,7%	81,7%
Neurocirurgia	128	248	65	118	50,8%	47,6%
Outros	21	59	11	11	52,4%	18,6%
<b>Total</b>	<b>20.635</b>	<b>26.675</b>	<b>10.269</b>	<b>11.077</b>	<b>49,8%</b>	<b>41,5%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 2.1.5 Perfil Nosológico dos Atendimentos

As tabelas 7 e 8 demonstram os motivos de atendimento dos pacientes adultos e pediátricos na Emergência, no décimo terceiro ano do hospital, respectivamente. Os grupos nosológicos foram categorizados a partir do Código Internacional de Doenças (CID) informado pelo médico durante o atendimento.

**Tabela 7:** Perfil Nosológico dos pacientes adultos – Emergência Adulto - Ano 13

Emergência Adulto - 14/09/2022 a 30/09/2023				
Descrição	Atendimentos		Internações geradas	
	N	%	N	%
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	5.601	29,0%	1.781	31,8%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	2.646	13,7%	532	20,1%
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	2.433	12,6%	1.307	53,7%
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	2.588	13,4%	2.066	79,8%
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	1.931	10,0%	1.266	65,6%
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	715	3,7%	552	77,2%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	676	3,5%	476	70,4%
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	579	3,0%	278	48,0%
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	541	2,8%	87	16,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	464	2,4%	327	70,5%
Neoplasias (C00 - D48)	270	1,4%	172	63,7%
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	212	1,1%	119	56,1%
Outros	657	3,4%	136	20,7%
<b>Total</b>	<b>19.313</b>	<b>100,0</b>	<b>9.099</b>	<b>47,1%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 8:** Perfil Nosológico dos pacientes pediátricos - Emergência Pediátrica - Ano 13

<b>Emergência Pediátrica - 14/09/2022 a 30/09/2023</b>				
<b>Descrição</b>	<b>Atendimentos</b>		<b>Internações geradas</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	2.195	29,8%	601	27,4%
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	692	9,4%	481	69,5%
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	405	5,5%	275	67,9%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	398	5,4%	58	14,6%
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	214	2,9%	150	70,1%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	191	2,6%	94	49,2%
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	177	2,4%	84	47,5%
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	125	1,7%	46	36,8%
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	118	1,6%	69	58,5%
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	52	0,7%	26	50,0%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	44	0,6%	36	81,8%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60 - H95)	37	0,5%	10	27,0%
Outros	2.714	36,9%	48	1,8%
<b>Total</b>	<b>7.362</b>	<b>100,0</b>	<b>1.978</b>	<b>26,9%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

As causas externas foram os principais motivos de atendimento, tanto nos pacientes adultos, com 29%, quanto nos pediátricos, com 29,8%. Nos adultos foram seguidas pelos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (13,7%) e pelas doenças dos aparelhos circulatório (13,4%), geniturinário (12,6%) e digestivo (10%). Já nos pediátricos, foram seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (9,4%), aparelho digestivo (5,5%) e pelos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (5,4%).

Nas tabelas 7 e 8 também estão demonstrados os números de internações geradas a partir destes atendimentos, para cada grupo nosológico descrito. Chama atenção nos pacientes adultos, pelo volume e Taxa de Conversão, as causas externas e as doenças dos aparelhos circulatório, geniturinário e digestivo. Na pediatria as causas externas e as doenças dos aparelhos respiratórios e digestivo prevaleceram.

A Taxa de Conversão dos atendimentos de urgência e emergência em internamentos foi de 47,1% nos pacientes adultos (tabela 7) e de 26,9% nos pacientes pediátricos (tabela 8). Ao ser incluído os pacientes orientados e encaminhados para unidades de pronto atendimento ou ambulatorial, considerando todas as faixas etárias, a proporção de internações geradas a partir dos atendimentos de urgência e emergência foi de 41,5%, correspondendo a 11.077 internações de 26.675 atendimentos.

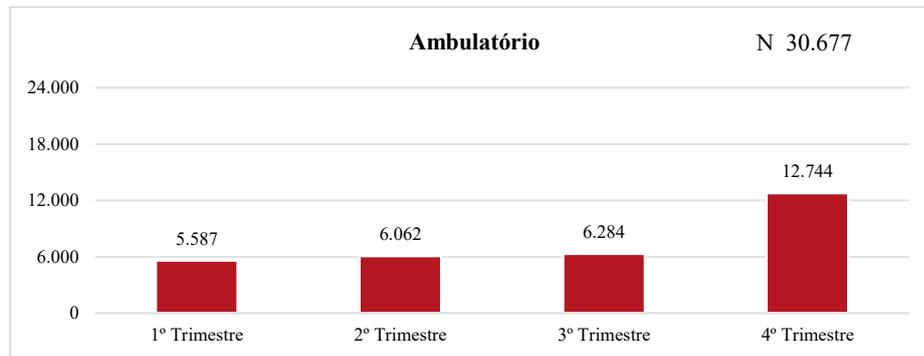
## 2.2 ATENDIMENTOS NO AMBULATÓRIO

No Ano 13, o número de atendimentos realizados pelo Ambulatório superou a Emergência, como previamente demonstrado (gráfico 1). Este fato decorreu da ampliação do seu acesso, que passou a atender

pacientes cirúrgicos regulados pelo Sistema de Lista Única, conforme definido no 12º Termo Aditivo do Contrato de Concessão do hospital, no decorrer do 4º trimestre do ano.

Assim, o comportamento da produção ambulatorial no Ano 13, conforme gráfico 15, mostrou marcante aumento no último trimestre, com 12.744 atendimentos. Isto representou 41,5% dos atendimentos e 102,8% de aumento em relação ao 3º trimestre.

**Gráfico 15:** Atendimentos no Ambulatório - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Os atendimentos ambulatoriais, embora com funcionamento no mesmo setor, são divididos em três tipos distintos - Ambulatório Adulto, Pediátrico e Ortopédico, sendo o último como apoio da Emergência, nos atendimentos de urgência, durante o período diurno, de segunda a sexta-feira. A tabelas 9 mostra o número de atendimentos nestes setores, onde houve predomínio no Ambulatório Adulto, com 22.125 (72,1%).

**Tabela 9:** Número de atendimentos no Ambulatório – Ano 13

Atendimentos no Ambulatório		
Período 14/09/2022 a 30/09/2023		
Ambulatório Adulto	22.125	72,1%
Ambulatório Pediátrico	3.403	11,1%
Ambulatório Ortopédico	5.149	16,8%
<b>Total</b>	<b>30.677</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Sistema Informatizado - HS

### 2.2.1 Procedência

Na análise da distribuição dos atendimentos ambulatoriais por procedência ao longo dos anos, conforme tabela 10 e gráfico 16, foi evidenciada menor proporção de pacientes atendidos procedentes do distrito do Subúrbio Ferroviário nos primeiros anos de operação do hospital. Este fato acompanha a diminuição dos atendimentos desta procedência na Emergência e é justificado pelo Ambulatório ser destinado para os pacientes Egressos do próprio hospital.

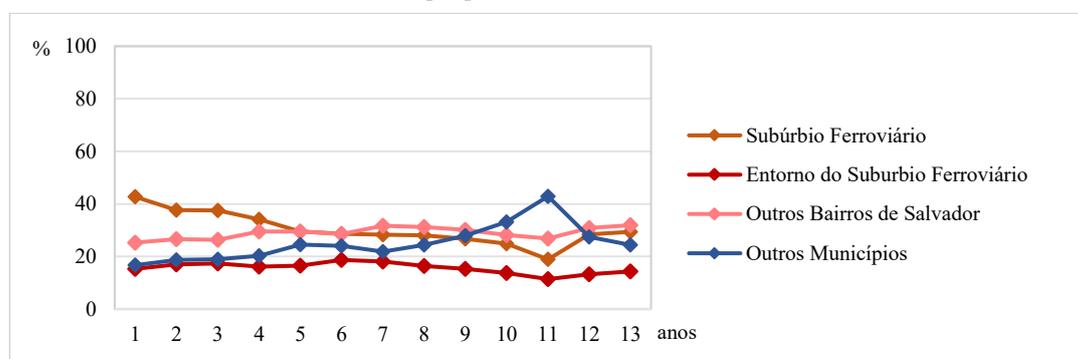
Ao mesmo tempo, pode-se observar aumento no quantitativo dos pacientes procedentes de outros municípios, que por ocasião da pandemia atingiu 42,9% dos atendimentos, traduzindo a demanda da Rede de Saúde do estado.

**Tabela 10:** Atendimentos ambulatoriais por procedência - Ano 1 a 13

	Subúrbio Ferroviário		Entorno do Subúrbio		Outros bairros de Salvador		Outros Municípios		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Ano 1</b>	3.703	42,7%	1.324	15,3%	2.199	25,3%	1.451	16,7%	<b>8.677</b>
<b>Ano 2</b>	5.225	37,7%	2.354	17,0%	3.685	26,6%	2.586	18,7%	<b>13.850</b>
<b>Ano 3</b>	5.771	37,5%	2.667	17,3%	4.051	26,3%	2.899	18,9%	<b>15.388</b>
<b>Ano 4</b>	5.152	34,1%	2.426	16,1%	4.451	29,5%	3.063	20,3%	<b>15.092</b>
<b>Ano 5</b>	4.799	29,5%	2.675	16,5%	4.793	29,5%	3.988	24,5%	<b>16.255</b>
<b>Ano 6</b>	4.639	28,7%	3.013	18,7%	4.602	28,5%	3.897	24,1%	<b>16.151</b>
<b>Ano 7</b>	4.992	28,3%	3.191	18,1%	5.602	31,7%	3.864	21,9%	<b>17.649</b>
<b>Ano 8</b>	5.243	28,0%	3.070	16,4%	5.842	31,2%	4.580	24,4%	<b>18.735</b>
<b>Ano 9</b>	5.044	26,7%	2.889	15,3%	5.702	30,1%	5.266	27,9%	<b>18.901</b>
<b>Ano 10</b>	3.575	24,9%	1.973	13,7%	4.048	28,2%	4.762	33,2%	<b>14.358</b>
<b>Ano 11</b>	2.402	18,9%	1.456	11,4%	3.400	26,8%	5.448	42,9%	<b>12.706</b>
<b>Ano 12</b>	5.697	28,4%	2.646	13,2%	6.189	30,9%	5.509	27,5%	<b>20.041</b>
<b>Ano 13</b>	9.024	29,4%	4.397	14,3%	9.789	31,9%	7.467	24,4%	<b>30.677</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 16:** Atendimentos ambulatoriais por procedência – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

No Ano 13, a distribuição foi similar ao período anterior a pandemia, com predomínio de outros bairros, com 31,9%, seguido pelo distrito do Subúrbio, com 29,4%, e outros municípios, com 24,4%.

Para um melhor entendimento na distribuição dos atendimentos ambulatoriais por procedência, deve-se atentar que, até o terceiro trimestre do Ano 13, o Ambulatório foi exclusivo para pacientes egressos. Desta forma, conforme tabela 11, pode-se notar a semelhança na proporção de suas procedências com as das internações geradas pela Emergência.

**Tabela 11:** Distribuição dos Atendimentos da Emergência e Ambulatório por procedência - Ano 13

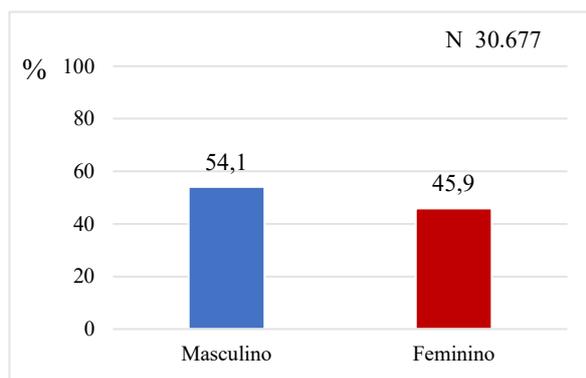
	Atendimentos Emergência		Internamentos Gerados pela Emergência		Taxa de Conversão Emergência	Atendimentos Ambulatoriais	
	N	%	N	%	%	N	%
<b>Subúrbio Ferroviário</b>	10.943	41,0%	3.549	32,0%	32,4%	9.024	29,4%
<b>Entorno do Subúrbio</b>	4.245	15,9%	1.611	14,5%	38,0%	4.397	14,3%
<b>Outros bairros</b>	7.336	27,5%	3.494	31,5%	47,6%	9.789	31,9%
<b>Outros municípios</b>	4.151	16,6%	2.423	21,8%	58,4%	7.467	24,4%
<b>Total</b>	<b>26.675</b>	<b>100%</b>	<b>11.077</b>	<b>100%</b>	<b>41,5%</b>	<b>30.677</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

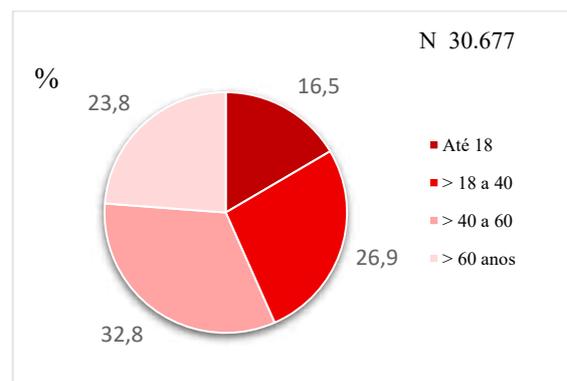
Na tabela 11 ressalta-se ainda as altas Taxas de Conversão dos atendimentos na Emergência em todas as procedências, especialmente dos outros bairros e outros municípios, com 47,6% e 58,4%, respectivamente, corroborando com o perfil de gravidade dos pacientes atendidos.

### 2.2.2 Faixa Etária e Sexo

Na análise demográfica dos 30.677 atendimentos ambulatoriais ocorridos no Ano 13 (gráficos 17 e 18), predominou o sexo masculino, com 16.603 (54,1%), e a faixa etária entre 40 e 60 anos, com 10.071 (32,8%), seguida entre 18 e 40 anos, com 8.245 (26,9%). Esta distribuição demonstra a correlação com o perfil nosológico dos seus atendimentos, predominantemente cirúrgicos, onde as causas externas e as doenças dos aparelhos digestivo e geniturinário prevaleceram, como será visto adiante.

**Gráfico 17:** Atendimentos por sexo - Ambulatório - Ano 13

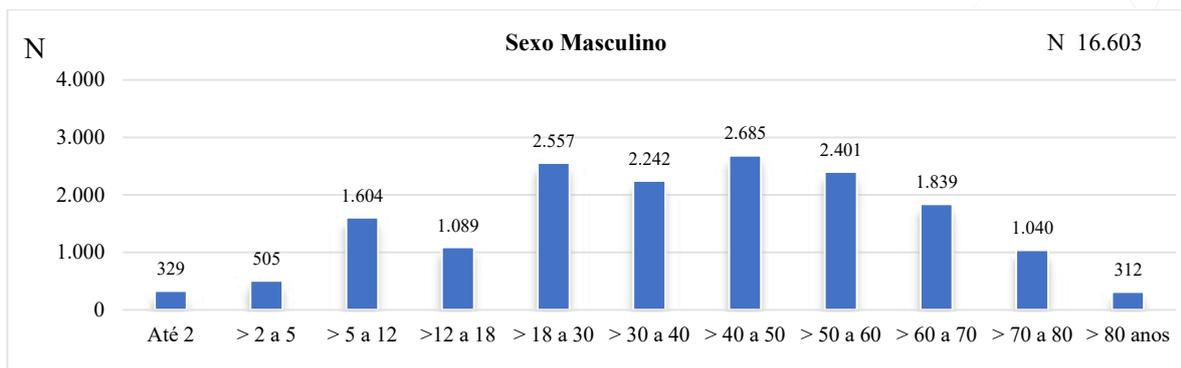
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 18:** Atendimentos por Idade - Ambulatório - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

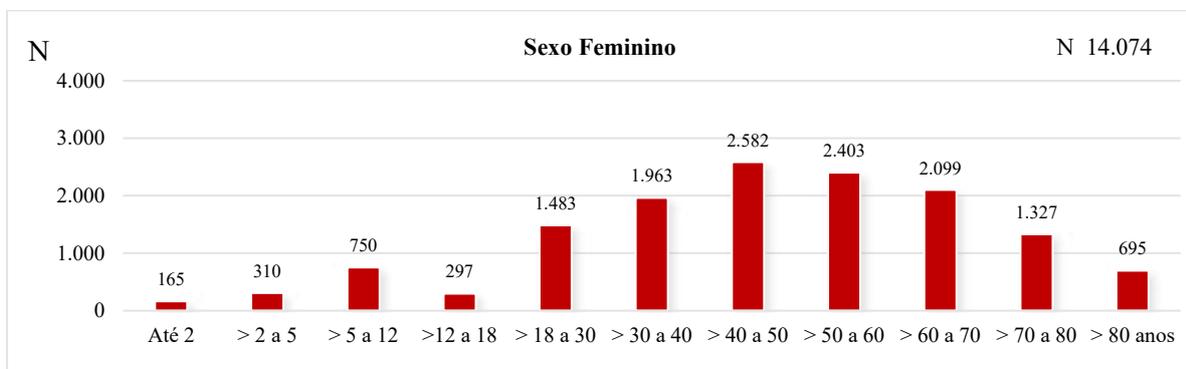
Nos gráficos 19 a 22 pode-se observar a diferença na distribuição por faixas etárias nos dois sexos, onde prevaleceu o masculino nas faixas mais jovens e o feminino nos idosos. Assim, no masculino, 21,2% dos pacientes tinham até 18 anos, em contraste com 10,8% no feminino, e 29,3% do feminino tinham acima de 60 anos, enquanto no masculino foram 19,2%.

**Gráfico 19:** Distribuição dos atendimentos do sexo masculino por faixa etária - Ambulatório - Ano 13



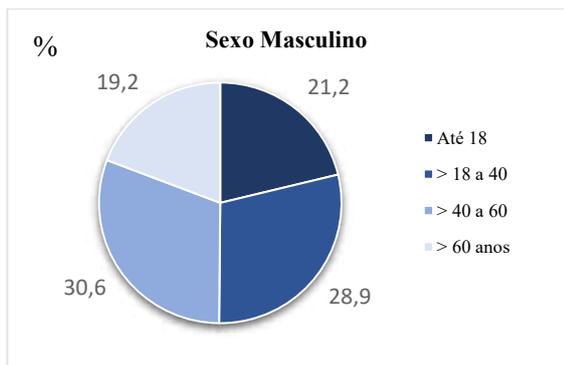
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 20:** Distribuição dos atendimentos do sexo feminino por faixa etária - Ambulatório - Ano 13



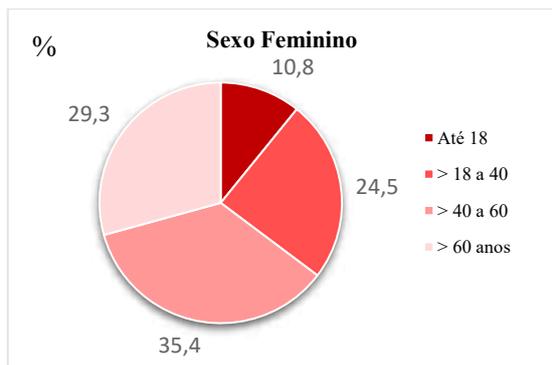
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 21:** Distribuição dos atendimentos do sexo Masculino por grupo etário - Ambulatório - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 22:** Distribuição dos atendimentos do sexo Feminino por grupo etário - Ambulatório - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 2.2.3 Atendimentos por Especialidades

Diante da proposta inicial do Ambulatório ser destinado ao atendimento do paciente que necessita de seguimento ou reavaliação após sua alta hospitalar, as especialidades cirúrgicas predominaram, conforme tabela 12. Destacaram-se a Ortopedia, Cirurgia Geral e Urologia no paciente adulto, e a

Ortopedia e Cirurgia Pediátrica no paciente com idade de até 16 anos, que é a faixa de idade definida pela instituição para o atendimento pediátrico.

Como estratégia de desospitalização, a Clínica Médica direciona alguns pacientes para reavaliação ambulatorial após a alta hospitalar. Desta forma, esta especialidade representou 8,4% dos atendimentos no Ambulatório de Adulto.

**Tabela 12:** Atendimentos por especialidades médicas - Ambulatório - Ano 13

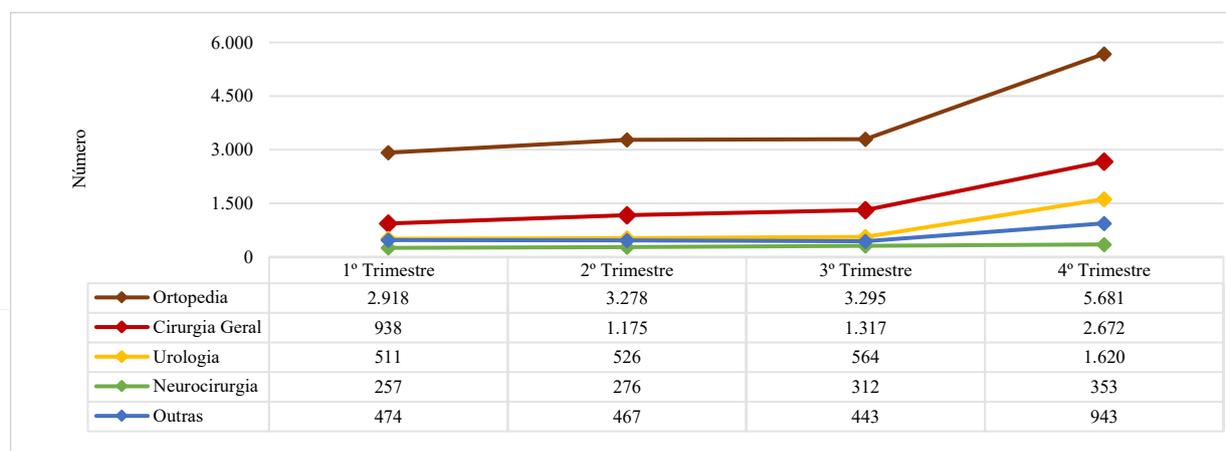
Atendimentos no Ambulatório - 14/09/2022 a 30/09/2023					
Adulto	N	%	Pediátrica	N	%
Ortopedia	7.666	34,6	Ortopedia	2.357	69,3
Cirurgia Geral	6.102	27,6	Cirurgia Pediátrica	942	27,7
Urologia	3.122	14,1	Urologia	99	2,9
Clínica Médica	1.862	8,4	Pediatria Clínica	5	0,1
Neurocirurgia	1.198	5,4			
Cirurgia Vascular	905	4,1			
Bucomaxilofacial	336	1,5			
Neuroclínica	264	1,2			
Clínica Cardiologia	255	1,2			
Cirurgia Plástica	144	0,7			
Outros	271	1,2			
<b>Total</b>	<b>22.125</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>3.403</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Os 5.149 atendimentos realizados no Ambulatório de Ortopedia não foram considerados na tabela 12 por não especificar grupos etários. Entretanto, somando com os demais representaram 15.172 dos 30.677 atendimentos ambulatoriais (49,5%).

Diante da mudança no acesso ao Ambulatório, com a incorporação do atendimento de pacientes regulados pelo Sistema Lista Única a partir do 4º trimestre do Ano 13, pode-se evidenciar o aumento da produção das especialidades cirúrgicas, conforme o gráfico 23, que destaca a Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia e Neurocirurgia.

**Gráfico 23:** Número de atendimentos ambulatoriais por trimestre - Especialidades Cirúrgicas - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 2.2.4 Perfil Nosológico dos Atendimentos

No atendimento ambulatorial, conforme descrito na tabela 13, predominaram as lesões decorrentes de causas externas, seguidas de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, geralmente representado por consultas de revisão cirúrgica. Também foram frequentes as doenças do aparelho digestivo, geniturinárias e osteomusculares, corroborando com as especialidades mais prevalentes: ortopedia, cirurgia geral e urologia.

A urologia, esteve também relacionada ao tratamento de urolitíase, com inserção e retirada de cateter duplo J. Ressalta-se que esta especialidade se tornou uma das referências do estado neste procedimento, justificando o quantitativo de pacientes atendidos e a terceira posição dentre as especialidades.

O perfil nosológico responsável pelo maior número de internações a partir dos atendimentos no Ambulatório foi o relacionado às causas externas, com 1.177 internações das 3.367 totais (35%), seguido das doenças geniturinárias, com 694 (20,6%), e doenças do aparelho digestivo, com 492 (14,6%). No entanto, na análise das Taxas de Conversão por perfil, as doenças geniturinárias apresentaram 24,3% e as doenças do aparelho digestivo 14,9% dos atendimentos convertidos em internação.

Por fim, a Taxa de Conversão do Ambulatório foi de 11% (tabela 13) e representou 23,3% das internações, já sinalizando a possível influência da ampliação dos atendimentos, com a incorporação da Lista Única, ocorrida no 4º trimestre.

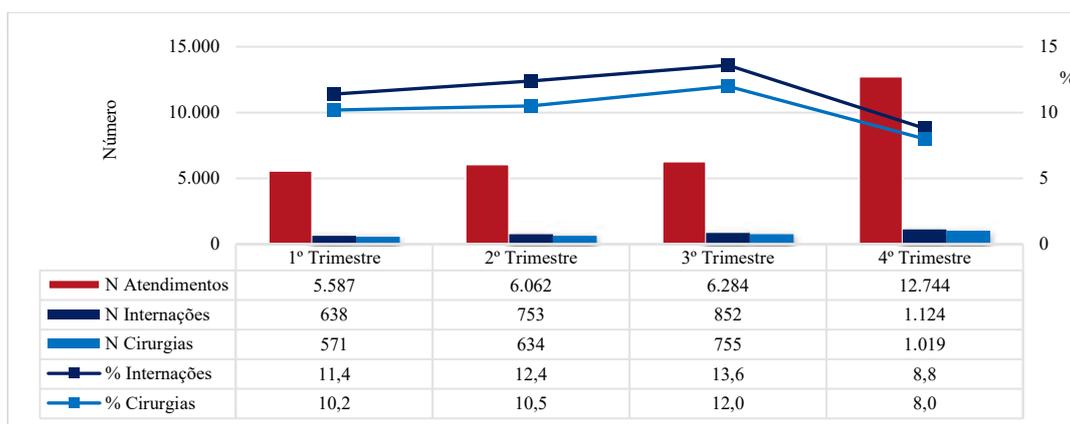
**Tabela 13:** Perfil Nosológico dos atendimentos ambulatoriais - Ano 13

Ambulatório – Todas as faixas etárias – 14/09/2022 a 30/09/2023				
Descrição	Atendimentos		Internações geradas	
	N	%	N	%
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	13.078	42,5%	1.177	9,0%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99)	3.528	11,5%	241	6,8%
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	3.313	10,8%	492	14,9%
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	2.853	9,3%	694	24,3%
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	2.270	7,4%	171	7,5%
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	1.534	5,0%	36	2,4%
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	951	3,1%	144	15,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	828	2,7%	53	6,4%
Neoplasias (C00 - D48)	706	2,3%	81	11,5%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	552	1,8%	49	8,9%
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	307	1,0%	3	1,0%
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	245	0,8%	45	18,4%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	215	0,7%	9	4,2%
Outros	297	1,1%	172	57,9%
<b>Total</b>	<b>30.677</b>	<b>100,0</b>	<b>3.367</b>	<b>11,0%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 24 mostra o aumento das internações e cirurgias geradas a partir dos atendimentos ambulatoriais ao longo do Ano 13, com aumento de 76,2% e 78,5%, respectivamente, do 4º trimestre em relação ao primeiro. Apesar disso, as taxas de conversões se mostraram com valores menores no último trimestre, que pode ser justificado pela necessidade de ampliação na avaliação clínica e preparo pré-operatório, com consultas egressas subsequentes, nos pacientes da Lista Única. Ressalta-se ainda que a proporção entre o número de pacientes submetidos a cirurgia e internados variou de 84,2% a 90,7%, corroborando com o perfil ambulatorial definido.

**Gráfico 24:** Taxas de Conversão dos atendimentos ambulatoriais para internação e cirurgia - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3 ESTATÍSTICA DAS INTERNAÇÕES

A avaliação de desempenho hospitalar é feita através de indicadores, que quando analisados sequencialmente podem indicar a direção e a velocidade de mudanças, que devem ser percebidas e tratadas visando à melhoria contínua. No entanto, para esta análise deve ser considerado o contexto externo, interno e principalmente o perfil epidemiológico da população atendida.

Neste capítulo são apresentados alguns dos indicadores institucionais e a análise do perfil das internações ao longo dos anos, com foco no Ano 13.

#### 3.1 INDICADORES DA INTERNAÇÃO

Desde a sua implantação, o Hospital do Subúrbio apresenta-se com o perfil institucional de urgência e emergência, de média e alta complexidade, onde pacientes adultos e pediátricos, agudos ou com doenças crônicas agudizadas, sob demanda espontânea ou referenciada, são atendidos e internados. O comportamento dos indicadores, conforme a tabela 14 reflete o fortalecimento deste perfil, ao demonstrar a alta proporção de pacientes internados que procederam da Emergência e as altas Taxas de Conversão dos atendimentos em internações.

**Tabela 14:** Indicadores Hospitalares – HS – Ano 1 a 13

	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9	Ano 10	Ano 11	Ano 12	Ano 13
Número de internações	9.702	13.374	13.032	12.625	13.898	12.074	12.586	12.875	13.999	12.643	11.559	12.363	14.444
Taxa de Conversão da Emergência - Internação (%)	9,0	11,1	14,0	17,3	20,4	19,9	23,2	23,9	24,5	33,2	65,4	49,8	41,5
Internações Procedentes Emergência (%)	96,2	94,1	91,7	92,1	92,5	92,3	92,9	91,9	92,6	92,5	91,5	83,1	76,7
Internações Procedentes Ambulatório (%)	3,8	5,1	8,3	7,9	7,5	7,7	7,1	8,1	7,4	7,5	8,5	16,9	23,3
Taxa de Ocupação (%)	103,6	104,4	110,8	110,9	114,7	98,6	100,0	101,0	96,6	87,4	81,2	93,0	96,2
Média de Permanência (dias)	8,99	8,35	9,71	10,07	9,42	9,32	9,51	8,94	7,88	8,69	9,98	8,86	7,15
Taxa de Mortalidade Institucional (%)	8,5	8,5	9,4	8,9	8,9	8,5	8,9	8,1	7,7	11,0	15,5	9,3	5,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

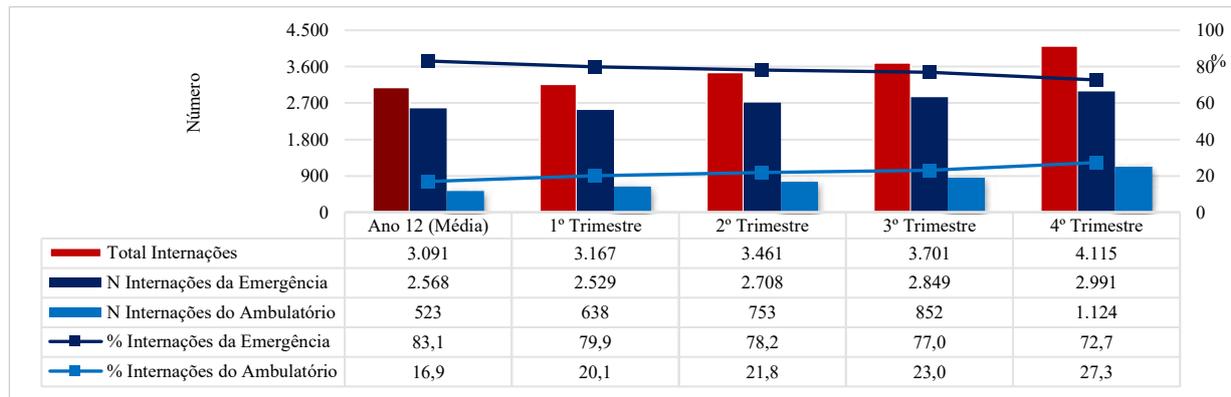
### 3.1.1 Número de Internações

Ao longo dos anos pode-se notar que o quantitativo de internações se manteve estável, com pequenas variações, conforme o número de leitos operacionais e Taxas de Ocupação, ressaltando os períodos de implantação do hospital e o da pandemia vivenciada entre os anos 10 e 12, onde houve flutuações na demanda de casos de Covid-19.

No Ano 13 ocorreram 14.444 internações, o que representou 16,8% de crescimento em relação ao ano anterior. Alguns fatores podem ter influenciado diretamente neste fato, incluindo a menor permanência dos pacientes internados, que reduziu de 8,86 para 7,15 dias (19,3%), como demonstrado na tabela 14.

No entanto, o comportamento do número de internações por trimestre, mostra que o aumento ocorreu de forma progressiva, tanto nos pacientes provenientes da Emergência, quanto do Ambulatório (gráfico 25), atingindo 33,1% e 114,9% de aumento no 4º trimestre em relação à média do Ano 12. Assim evidenciando a contribuição das internações ambulatoriais (27,3% do total), com impacto inclusive na média de permanência hospitalar, como será visto adiante.

**Gráfico 25:** Total de Internações provenientes da Emergência e Ambulatório - HS - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3.1.2 Taxa de Ocupação

Sabe-se que o leito hospitalar é um recurso de alto custo, devendo o seu uso ser racional, de forma a atender as necessidades da população. Para avaliação do grau de utilização dos leitos utiliza-se a Taxa de Ocupação, calculada a partir da relação entre o número de pacientes-dia e leitos operacionais, com atenção a influência não apenas da demanda de pacientes que geraram as internações, mas também da Média de Permanência.

Desta forma, a Taxa de Ocupação do HS ao longo dos anos vinha crescente e com valores acima de 100%, atingindo 114,7% no quinto ano de operação (tabela 14). No entanto, num processo de melhoria contínua, com ações sistêmicas de controle de acesso aliada à qualidade assistencial e a

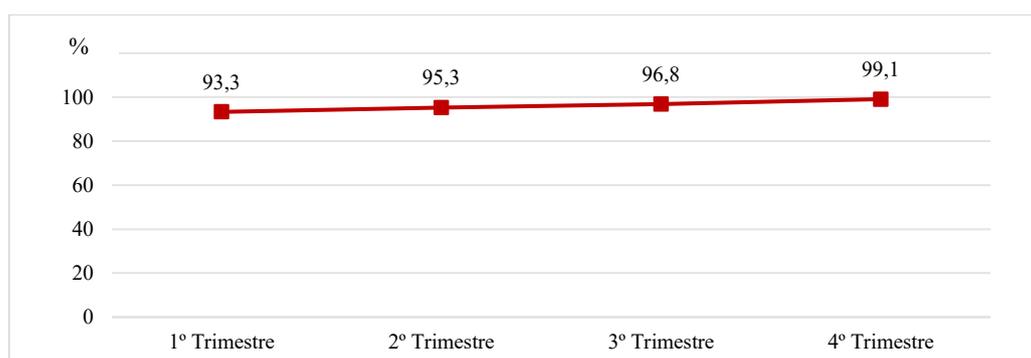
implementação do Grupo de Desospitalização, houve redução deste indicador, com melhoria do Tempo Médio de Permanência e da Taxa de Mortalidade Institucional. Neste contexto, a partir do Ano 9, cita-se a implementação do *Projeto Lean na Emergência*, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, integrando ações do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS (PROADI-SUS), com vistas na otimização dos fluxos de atendimento na Emergência e na tomada de decisão.

Nos Anos 10 e 11, diante do cenário da pandemia e aumento expressivo do número de leitos de terapia intensiva, considerando que 118 dos 178 leitos de terapia intensiva (66,3%) e 60 dos 213 leitos de unidade aberta (28,2%) eram específicos para este perfil de pacientes, foi observado maior redução da Taxa de Ocupação, uma vez que sua ocupação foi diretamente influenciada diretamente pela demanda destes casos na Rede de Saúde do estado. Isto, independente da maior permanência dos pacientes, justificada pela complexidade e gravidade clínica.

A partir do Ano 12, embora as Taxas de Ocupação retornassem a valores acima de 90%, ainda pode-se verificar a influência do quantitativo dos leitos críticos nos demais indicadores (tabela 14), apesar da desativação do Hospital Campanha e do direcionamento dos 58 leitos da UTI Adulto IV para o atendimento de pacientes de perfil geral.

A Taxa de Ocupação no Ano 13 foi de 96,2%. Contudo, houve expressiva redução da permanência hospitalar, de 8,86 para 7,15 dias, influenciando no aumento de 16,8% das internações em relação ao ano anterior. Este fato pode ter sido influenciado pelo maior quantitativo de internamentos procedentes do Ambulatório, que representou 23,3% das internações. O gráfico 26 mostra o comportamento da Taxa de Ocupação por trimestre no último ano, com evidente progressivo aumento.

**Gráfico 26:** Taxa de Ocupação por trimestre – HS – Ano 13



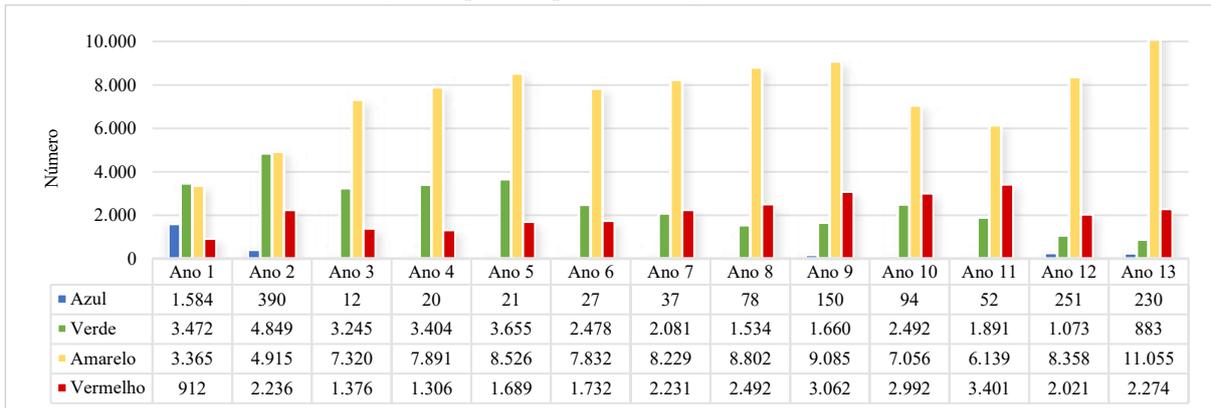
Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3.1.3 Média de Permanência

O Tempo Médio de Permanência é um indicador que reflete a qualidade da assistência prestada, mas deve ser analisado considerando o perfil nosológico e as características demográficas dos pacientes internados. Assim, pacientes vítimas de trauma, neurológicos agudos e com comorbidades crônicas descompensadas foram frequentes e contribuíram para o resultado deste indicador, como será demonstrado no tópico 3.2.3.

Ao longo dos treze anos, inicialmente, conforme evidenciado na tabela 14, houve aumento da Média de Permanência, atingindo valor de 10,07 dias no quarto ano. Um fator importante para o entendimento deste comportamento foi a maior gravidade e complexidade dos pacientes que procuraram o hospital, refletido no aumento das internações que tiveram a classificação de risco Amarelo, conforme evidenciado no gráfico 27. Simultaneamente, pode-se observar que houve redução das internações de pacientes classificados com o risco Verde e Azul.

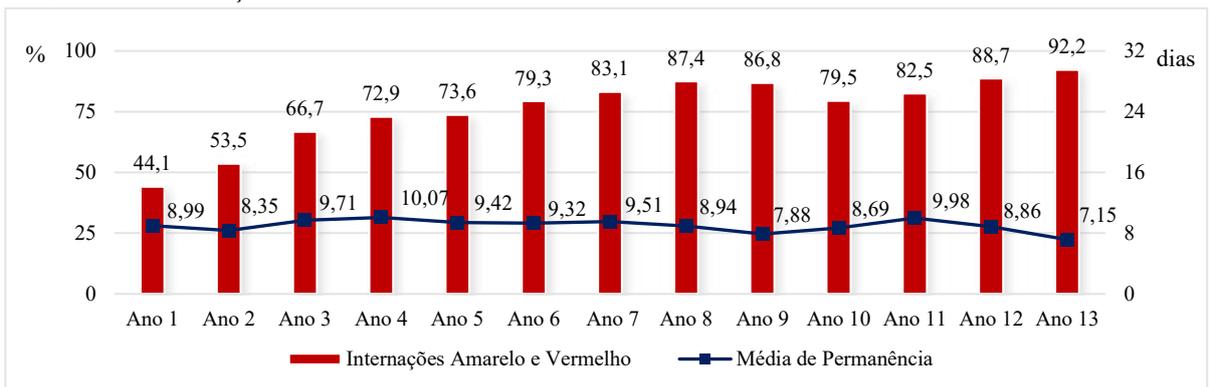
**Gráfico 27:** Distribuição das internações hospitalares pela classificação de risco – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 28 mostra o percentual das internações com classificação de risco Amarelo e Vermelho ao longo dos treze anos, sendo observado aumento progressivo, atingindo, as duas, 92,2% no último ano. Este comportamento define diretamente uma população de maior risco e indiretamente de maior gravidade.

**Gráfico 28:** Internações com risco Amarelo e Vermelho e Média de Permanência – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Apesar do alto percentual de internações com classificação de risco Amarelo e Vermelho, foi observado que a partir do quinto ano houve diminuição da Média de Permanência, chegando a 7,88 dias no Ano 9. Este fato pode ser atribuído as medidas que visam otimizar os processos assistenciais, incluindo os relacionados à gestão do acesso, como a implementação da previsão de alta, o monitoramento dos pacientes com longa permanência e o direcionamento para regulação de pacientes fora do perfil.

O aumento da Média de Permanência nos Anos 10 e 11, com valores de 8,69 e 9,98 dias, foi influenciado pelo perfil de pacientes com Covid-19, muitos dos quais internados em terapia intensiva, com disfunção respiratória grave, em uso de procedimentos invasivos por tempo prolongado.

No Ano 12 a Média de Permanência sofreu influência do quantitativo maior de leitos intensivos, com a manutenção dos 58 leitos da UTI Adulto IV para o atendimento de pacientes de perfil geral, uma vez que a prevalência de pacientes críticos habitualmente requer maior tempo de internação hospitalar.

No último ano a Média de Permanência foi de 7,15 dias, representando 19,3% de redução em relação ao Ano 12, influenciado pelo perfil das internações e maior proporção dos pacientes provenientes do Ambulatório. Na tabela 15 pode-se demonstrar a diferença deste indicador, considerando os pacientes que internaram pela Emergência e Ambulatório nos anos 12 e 13.

**Tabela 15:** Média de Permanência das Internações por setor de encaminhamento – Ano 12 e 13

	Média de Permanência (dias)			Mortalidade Institucional (%)		
	Ano 12	Ano 13	% Redução	Ano 12	Ano 13	% Redução
Internações da Emergência	10,7	9,5	11,2%	11,7	8,0	31,6%
Internações do Ambulatório	5,5	3,7	32,7%	1,1	0,5	54,6%
<b>Total</b>	<b>8,86</b>	<b>7,15</b>	<b>19,3%</b>	<b>9,3</b>	<b>5,6</b>	<b>39,8%</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

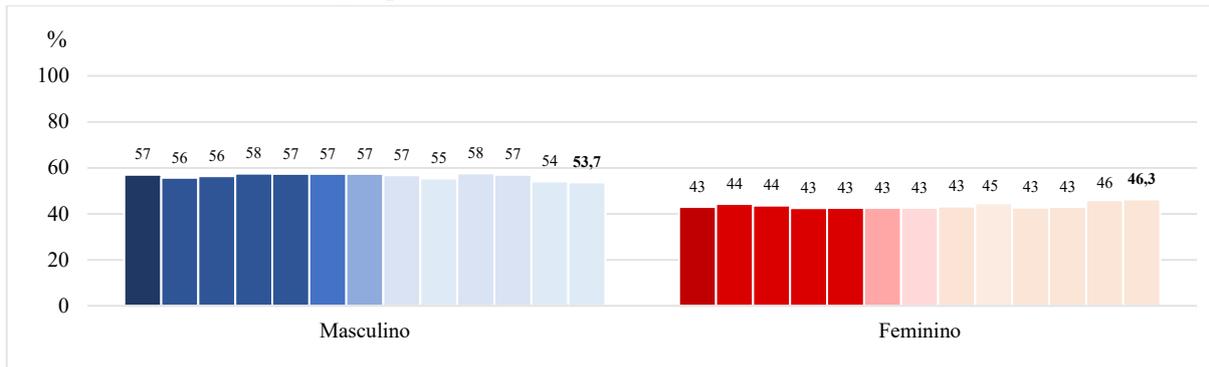
Os dados de Mortalidade, mostrados na tabela 15, apresentaram marcantes diferenças conforme o setor de encaminhamento dos pacientes internados. No entanto, a despeito do crescimento das internações pelo Ambulatório, que representou 16,9% no Ano 12 e 23,3% no Ano 13, e da menor mortalidade da origem ambulatorial, a redução das Taxas de Mortalidade observadas refletem um melhor desempenho institucional. No Capítulo 8 será ampliada a análise da mortalidade.

## 3.2 PERFIL DAS INTERNAÇÕES

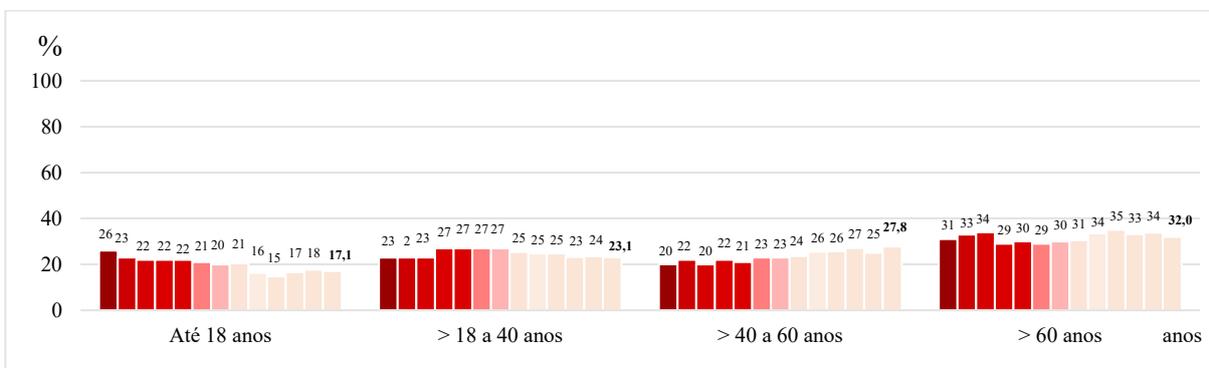
### 3.2.1 Faixa Etária e Sexo

No décimo terceiro ano do hospital, de 14.444 internações 7.752 foram do sexo masculino (53,7%) e 6.692 do feminino (46,3%). Conforme demonstrado no gráfico 29, o predomínio do masculino vem sendo mantido desde a abertura do hospital, refletindo o perfil institucional de urgência e emergência, onde as causas externas constituem importante motivo de atendimento e de internação hospitalar.

O gráfico 30 mostra o percentual das internações por grupo etário ao longo dos anos, sendo observado que pacientes acima de 60 anos ainda são os mais prevalentes, chegando a 32% das admissões no último ano, corroborando com um perfil de pacientes idosos e com doenças crônicas e degenerativas. O grupo entre 40 e 60 anos também foi frequente, com 27,8% dos casos.

**Gráfico 29:** Percentual de internações por sexo - HS - Ano 1 a 13

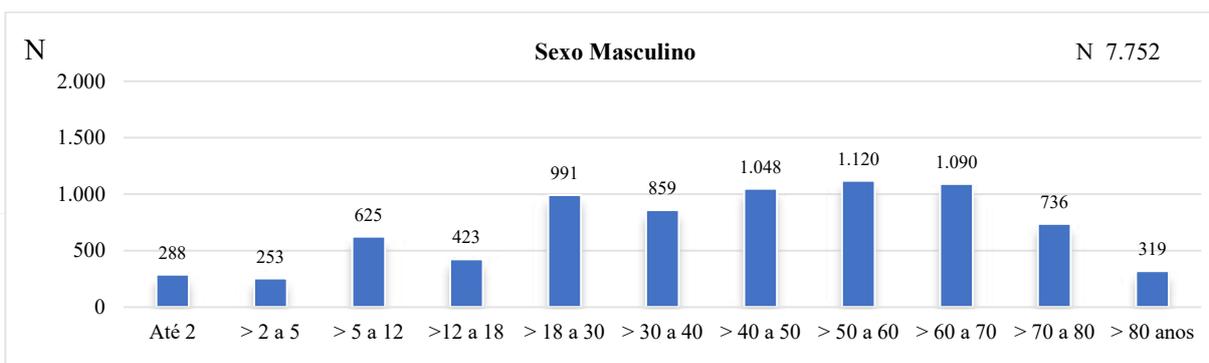
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 30:** Distribuição das internações por faixa etária – HS – Ano 1 a 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

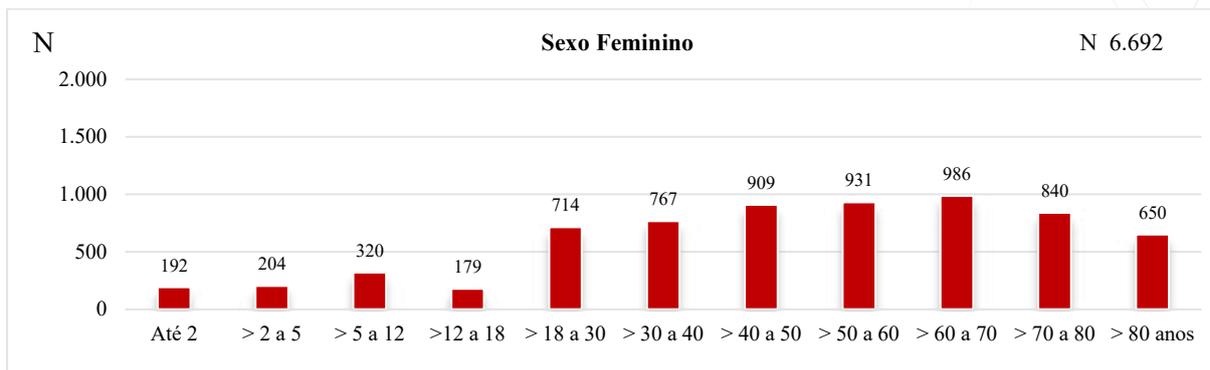
Na avaliação das internações considerando o sexo e faixa etária, conforme os gráficos 31 e 32, pode-se observar que o sexo masculino foi mais frequente em todas as faixas, exceto as acima de 70 anos. Tal comportamento reflete o predomínio das causas externas, que representaram os principais motivos de internação no hospital no último ano.

Os gráficos 33 e 34 mostram o percentual das internações por grupos etários e sexo. Nota-se que o grupo etário acima de 60 anos foi muito frequente nos dois sexos, porém com maior proporção no feminino, com 37% das internações.

**Gráfico 31:** Distribuição das internações do sexo masculino por faixa etária – HS – Ano 13

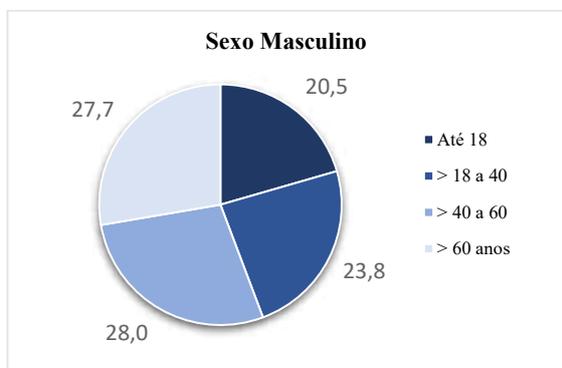
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 32:** Distribuição das internações do sexo feminino por faixa etária – HS – Ano 13



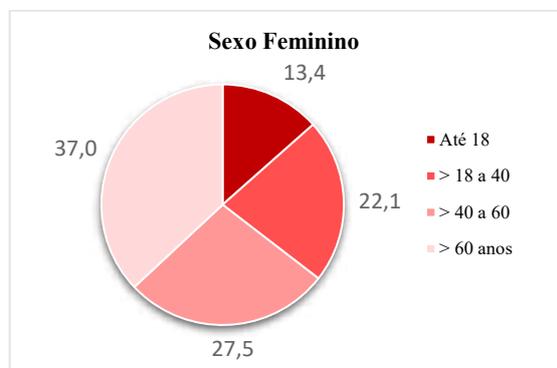
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 33:** Percentual das internações por grupo etário no sexo Masculino – HS – Ano 12



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 34:** Percentual das internações por grupo etário no sexo Feminino – HS - Ano 12



Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3.2.2 Internações por Especialidades

Como previamente demonstrado, de 57.352 atendimentos realizados no décimo terceiro ano do hospital, 26.675 foram de urgência e emergência (46,5%) e 30.677 no Ambulatório de Egressos (53,5%). A partir destes atendimentos, ocorreram 14.444 internações, sendo 11.077 oriundas da urgência e emergência (76,7%) e 3.367 do Ambulatório (23,3%), corroborando com o perfil institucional de urgência e emergência como principal acesso às internações hospitalares.

Na distribuição das internações pelas especialidades médicas, a clínica médica foi a mais frequente, com 4.434 (30,7%), seguido pela Cirurgia Geral, com 3.920 (27,1%), conforme demonstrado na tabela 16. Nota-se que em relação ao Ano 12, houve aumento em todas as especialidades, acompanhando o crescimento dos atendimentos, tanto na Emergência, quanto no Ambulatório. No entanto, considerando a análise percentual, apenas as especialidades cirúrgicas aumentaram, corroborando o impacto das internações ambulatoriais.

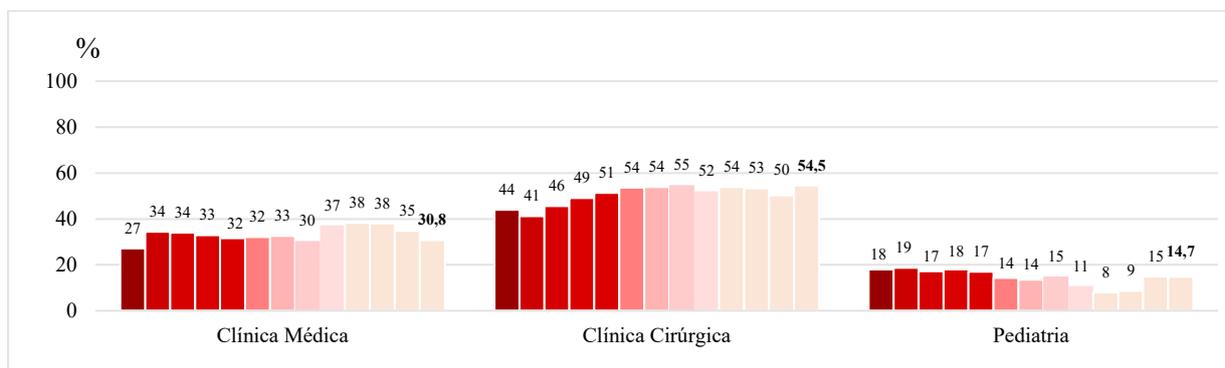
Na tabela 16 também é apresentado o comportamento das Médias de Permanência por especialidades nos últimos dois anos, com evidente melhoria.

**Tabela 16:** Distribuição das Internações e Média de Permanência por especialidades – HS – Ano 12 e 13

Descrição	Internações				Média Permanência	
	Ano 12		Ano 13		Ano 12	Ano 13
Clínica Médica	4.371	35,4%	4.434	30,7%	14,3	12,3
Cirurgia Geral	3.177	25,7%	3.920	27,1%	7,1	5,9
Ortopedia	2.214	17,9%	2.782	19,3%	7,5	6,5
Pediatria	1.121	9,1%	1.204	8,3%	8,7	8,7
Urologia	817	6,6%	1.271	8,8%	3,7	3,1
Cirurgia Pediátrica	275	2,2%	340	2,4%	5,7	5,3
Cirurgia Vascular	187	1,5%	240	1,7%	15,3	13,7
Neurocirurgia	151	1,2%	188	1,3%	13,5	10,5
Outros	50	0,4%	65	0,5%	6,0	2,9
<b>Total</b>	<b>12.363</b>	<b>100%</b>	<b>14.444</b>	<b>100%</b>	<b>8,89</b>	<b>7,15</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Embora a maior proporção das internações ter sido da clínica médica, as clínicas cirúrgicas juntas predominaram e tiveram comportamento crescente, atingindo 54,5% das saídas hospitalares no último ano (gráfico 35). A clínica médica correspondeu a 30,8% das saídas e a Pediatria 14,7%.

**Gráfico 35:** Percentual de Saídas por clínicas - HS - Ano 1 a 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3.2.3 Perfil Nosológico das Internações

Assim como nos atendimentos da Emergência, foi observada diferença no perfil nosológico das internações de acordo com a idade. Nas tabelas 17 a 20 são mostradas as prevalências dos motivos de internação por grupos nosológicos no décimo terceiro ano do hospital, nos pacientes adultos e pediátricos, a partir do Código Internacional de Doenças (CID) informado pelo médico.

Nos pacientes adultos, as causas externas foram as mais prevalentes, com 2.759 internações (22,8%), seguidas pelas doenças do aparelho geniturinário, com 2.026 (16,7%) e dos aparelhos circulatório e digestivo, com 1.863 cada (15,4%). Dentre as doenças do aparelho geniturinário, a calculose renal representou o principal perfil nosológico excluindo as causas externas, com 1.195 casos (9,9% do total), conforme demonstrado na tabela 18.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destacaram-se as doenças cerebrovasculares, com 872 casos (7,2% das internações), e as cardiopatias, referidas como outras formas de doença do coração, que inclui insuficiência cardíaca, e as cardiopatias isquêmicas, que juntas representaram 644 casos (5,3%).

As patologias do aparelho digestivo geralmente foram cirúrgicas e dentre elas, prevaleceram os transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas, as hernias, doenças do apêndice e outras doenças do intestino, que corresponderam a 12,6% dos casos.

**Tabela 17:** Perfil Nosológico das internações de pacientes adultos – HS - Ano 13

<b>Internações de pacientes Adultos (17 anos ou mais) – 14/09/2022 a 30/09/2023</b>				
Descrição	Internações		Média de Permanência	
	N	%	Ano 12	Ano 13
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	2.759	22,8	8,3	7,3
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	2.026	16,7	7,1	7,9
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	1.863	15,4	14,6	11,9
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	1.863	15,4	5,5	4,7
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	581	4,8	15,5	12,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	558	4,6	18,5	15,7
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	397	3,3	12,8	6,2
Neoplasias (C00 - D48)	389	3,2	12,7	9,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	383	3,2	13,1	9,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	345	2,8	10,2	7,5
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	286	2,4	14,1	9,0
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	144	1,2	11,9	10,5
Outros	514	2,6	-	-
<b>Total</b>	<b>12.108</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 18:** Doenças mais prevalentes nas internações de adultos, excluídas causas externas - HS - Ano 13

<b>Internações de pacientes Adultos (17 anos ou mais) - 14/09/2022 a 30/09/2023</b>		
Descrição	N	% *
Calculose renal (N20.0 – N23)	1.195	9,9
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69.4)	872	7,2
Transtornos da vesícula, vias biliares e pâncreas (K80.0 – K87.0)	814	6,7
Outras formas de doenças do coração (I30.9 – I50.9)	460	3,8
Influenza e pneumonia (J15 – J18.9)	409	3,4
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.0)	396	3,3
Outras doenças bacterianas (A30.0 – A49.9)	367	3,0
Hérnias (K35.0 – K46.9)	319	2,6
Diabetes Mellitus (E100 – 14.9)	270	2,2
Doenças do apêndice (K35.0 – K38.9)	207	1,7
Outras doenças dos intestinos (K55 – K63.9)	197	1,6
Insuficiência renal (N17 – N19)	186	1,5
Doenças Isquêmicas do coração (I20.0 – I25.9)	184	1,5

\*Percentual em relação ao total geral de internações de pacientes adultos

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na tabela 17 também está demonstrado o comportamento da Média de Permanência por perfil nosológico no paciente com idade igual ou superior a 17 anos. Pode-se observar melhora deste indicador em praticamente todos os perfis, exceto nas doenças geniturinárias, que aumentou de 7,1 para 7,9 dias. Esse fato é justificado pelos pacientes com insuficiência renal que apenas aguardam serem matriculados em Serviço de Terapia Dialítica ambulatorial.

Nas internações pediátricas, conforme demonstrado na tabela 19 e 20, as causas externas prevaleceram no último ano, com 776 casos (33,6%), seguidas das doenças dos aparelhos respiratório, com 471 (20,4%), e digestivo, com 327 (14,2%). Dentre as doenças do aparelho digestivo, destacaram-se as doenças do apêndice, com 177 casos (7,7% das internações).

**Tabela 19:** Perfil Nosológico das internações de pacientes pediátricos – HS - Ano 13

Internações de pacientes Pediátricos (Até 16 anos) - 14/09/2022 a 30/09/2023				
Descrição	Internações		Média de Permanência	
	N	%	Ano 12	Ano 13
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) e causas externas de morbidade e de mortalidade (V01 – Y98)	776	33,6	4,8	4,5
Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	471	20,4	11,0	9,7
Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	327	14,2	6,2	5,7
Doenças de pele e tecido subcutâneo (L00 - L99)	143	6,2	6,8	6,1
Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	100	4,3	5,8	4,8
Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	81	3,5	8,7	7,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	72	3,1	7,7	8,5
Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	67	2,9	15,1	14,9
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	51	2,2	5,6	6,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	33	1,4	13,2	12,2
Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	27	1,2	7,0	8,7
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (D50 – D89)	21	0,9	9,8	6,8
Outros	139	6,0	-	-
<b>Total</b>	<b>2.308</b>	<b>100,0</b>	-	-

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 20:** Doenças mais prevalentes nas internações pediátricas, excluídas causas externas - HS - Ano 13

Internações de pacientes Pediátricos (Até 16 anos) - 14/09/2022 a 30/09/2023		
Descrição	N	% *
Influenza e pneumonia (J15 – J18.9)	201	8,7
Doenças do apêndice (K35.0 – K38.9)	177	7,7
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J45.0 – J45.9)	158	6,8
Infecções da pele e tecido subcutâneo (L01.0 – L08.9)	132	5,7
Outras infecções agudas de vias aéreas inferiores (J20.3 – J22)	80	3,5
Hérnias (K40.0 – K43.9)	75	3,2
Doenças dos órgãos genitais masculinos (N44 – N48.9)	51	2,2
Outras doenças dos intestinos (K56.1 – K63.8)	44	1,9
Diabetes Mellitus (E10.1 – E14.1)	27	1,2
Sintomas e sinais relativos aparelho digestivo e abdômen (R10.0 – R19.4)	26	1,1
Febres por arbovírus (A90)	25	1,1

\*Percentual em relação ao total geral de internações de pacientes pediátricos

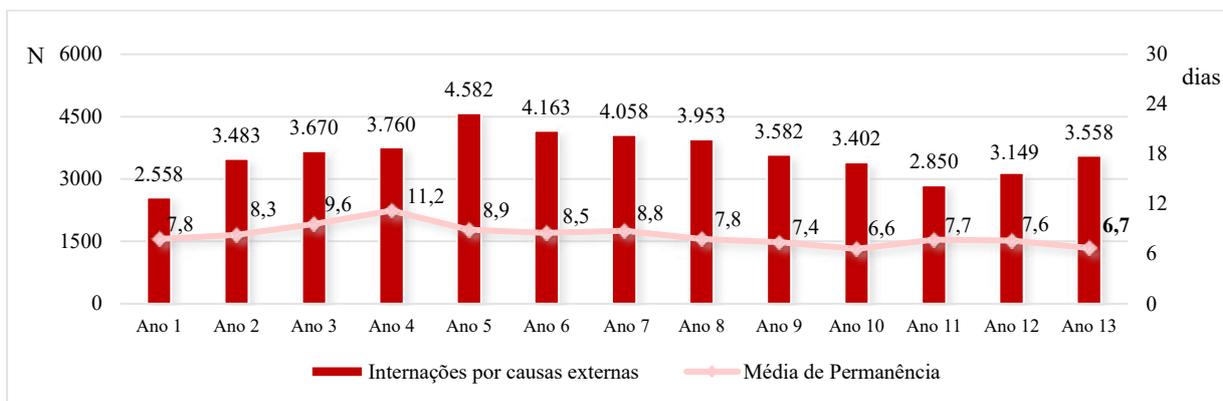
Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 3.3 INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS

Como demonstrado nas tabelas 17 e 19, as causas externas foram importantes motivos de internação, tanto na população adulta, quanto na pediátrica. O gráfico 36 mostra que nos treze anos do hospital, houve aumento das internações por este perfil nosológico até o quinto ano, com diminuição subsequente até o Ano 11. Já a Média de Permanência reduziu, chegando a 6,6 dias no Ano 10. Este fato pode ser atribuído a algumas ações desenvolvidas, incluindo a reestruturação do Serviço de Ortopedia e a implantação da Linha de Cuidado do Paciente com Politrauma.

O aumento do Tempo Médio de Permanência observado a partir do Ano 11 foi relacionado a quadros clínicos de maior gravidade, incluindo pacientes que foram regulados de outras instituições com diagnóstico concomitante de Covid 19. No Ano 13 nota-se que, além do aumento das internações, houve menor permanência hospitalar, com 6,7 dias.

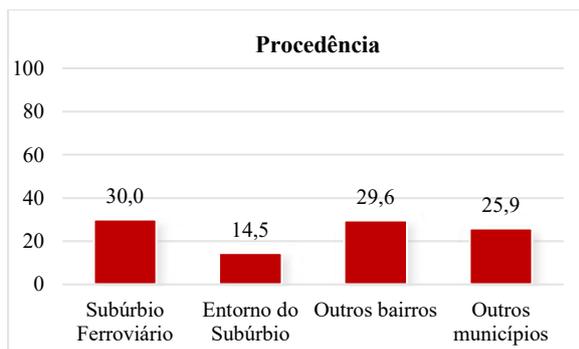
**Gráfico 36:** Número de internações por causas externas e Média de Permanência – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado - HS

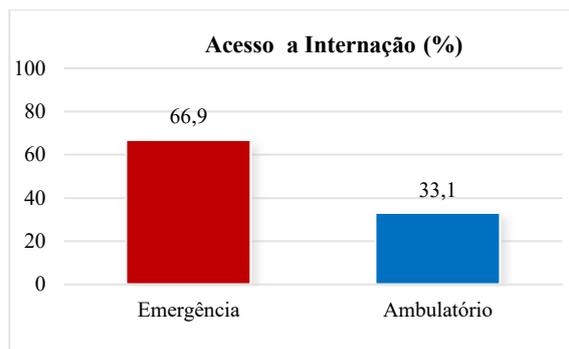
Algumas peculiaridades sobre as internações por causas externas merecem ser apontadas, a exemplo de sua distribuição por procedência, considerando o endereço referido como moradia. Assim, no Ano 13, conforme gráfico 37, foram provenientes do distrito do Subúrbio Ferroviário e do seu entorno 44,5% dos pacientes. Entretanto, 29,6% vieram de outros bairros de Salvador e 25,9% de outros municípios, o que reforça o perfil institucional de urgência e emergência, que inclui o atendimento referenciado ao trauma.

**Gráfico 37:** Internações das causas externas por procedência



Fonte: Sistema Informatizado – HS

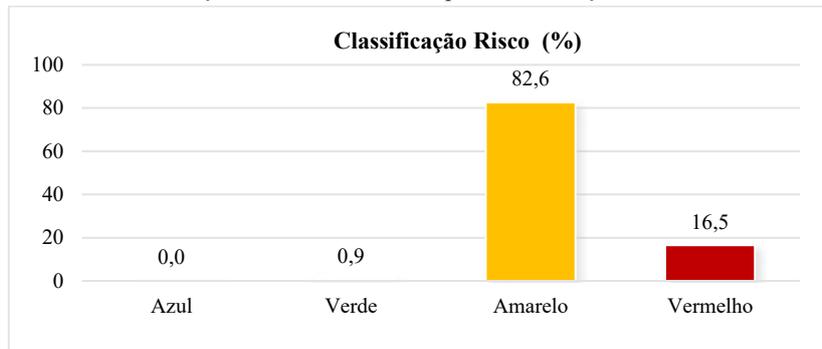
**Gráfico 38:** Internações das causas externas pelo Acesso



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na avaliação das causas externas em relação ao setor do atendimento que gerou a internação hospitalar, houve predomínio da Emergência, com 66,9% (gráfico 38). Ressalta-se a distribuição dos pacientes atendidos de urgência e emergência a partir do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco institucional, onde 99,1% obtiveram Rico Amarelo ou Vermelho. Desta forma configurando um perfil de maior gravidade e complexidade (gráfico 39).

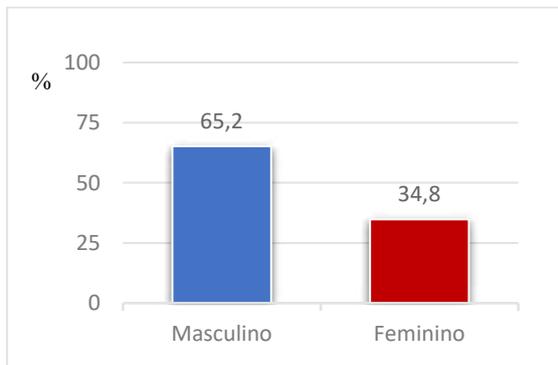
**Gráfico 39:** Internações das causas externas pela Classificação de Risco – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

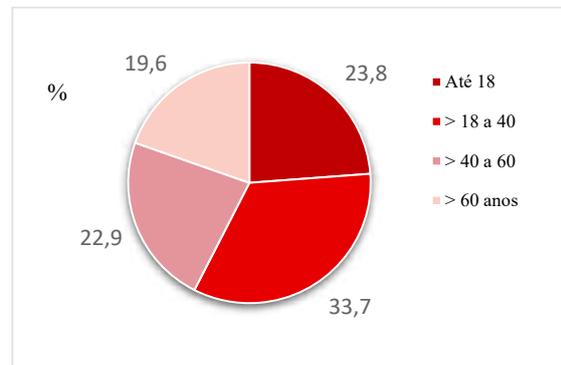
Considerando as características demográficas de todos os pacientes internados por causas externas no Ano 13, conforme gráfico 40, dos 3.558 casos, foi observado predomínio do sexo masculino, com 2.318 internações (65,2%), enquanto no feminino ocorreram 1.240 internações (34,8%). O grupo etário de 18 a 40 anos prevaleceu, com 33,7% (gráfico 42).

**Gráfico 40:** Distribuição das Internações por sexo - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

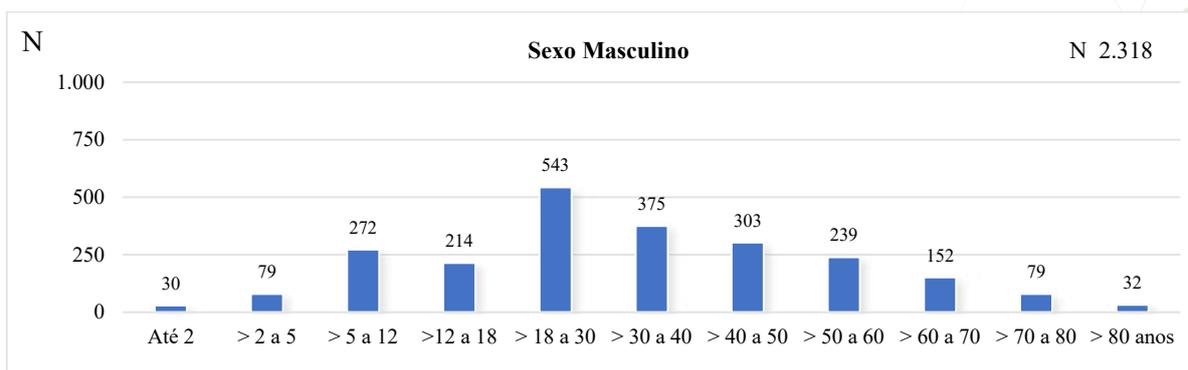
**Gráfico 42:** Internações por grupo etário – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

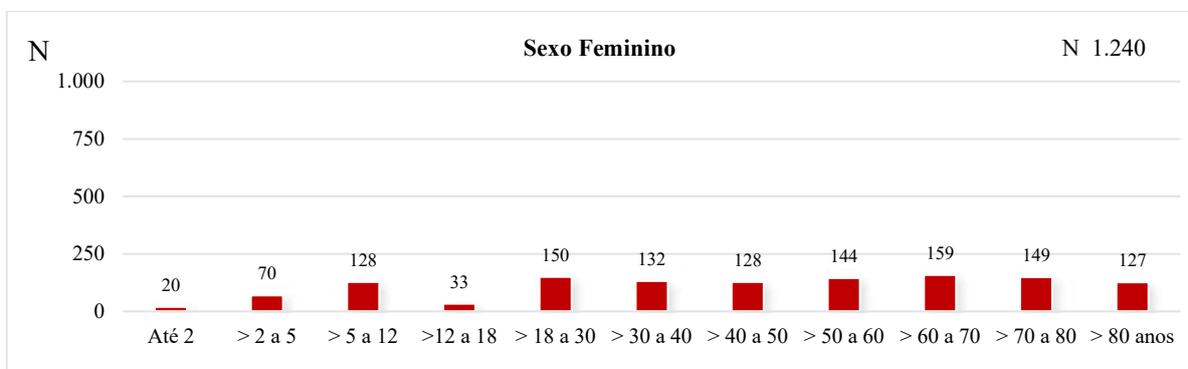
Vale salientar a nítida diferença na distribuição das internações por sexo e faixa etária, como demonstrado nos gráficos 42 a 45, onde 918 pacientes masculinos (39,6%) e 282 femininos (22,8%) tinham entre 18 e 40 anos, enquanto 263 masculinos (11,3%) e 435 femininos (35,1%) tinham acima de 60 anos. Estes dados podem ser justificados por uma maior exposição de risco em faixas etárias mais jovens na população masculina, e em idosas no sexo feminino, principalmente considerando a ocorrência de quedas da própria altura.

**Gráfico 42:** Internações das causas externas por faixa etária no sexo masculino – HS – Ano 13



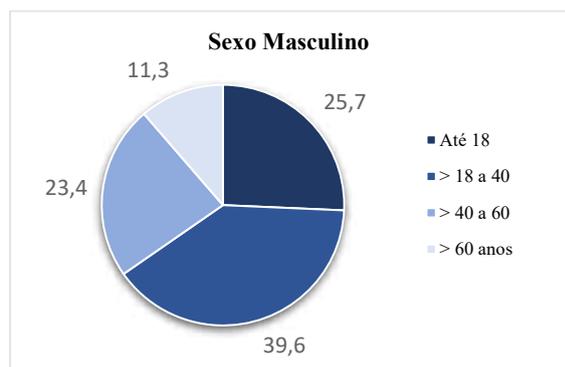
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 43:** Internações das causas externas por faixa etária no sexo feminino – HS – Ano 13



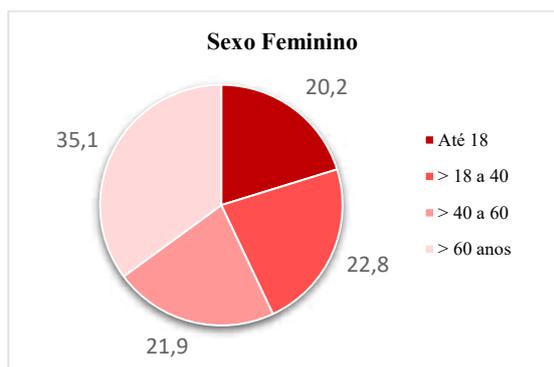
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 44:** Internações das causas externas por grupo etário no sexo Masculino – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 45:** Internações das causas externas por grupo etário no sexo Feminino – HS - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 4 UNIDADES DE INTERNAÇÃO

O hospital interna pacientes nas diversas especialidades e adota o modelo de Medicina Hospitalar na área de Clínica Médica. Sabe-se que a imersão do médico nas Unidades de Internação (UI's) proporciona uma maior integração da equipe multidisciplinar, permite reavaliações dos pacientes e ajustes terapêuticos mais precoces, favorecendo o processo assistencial.

### 4.1 INDICADORES HOSPITALARES DAS UI'S

Na tabela 21, estão demonstrados alguns indicadores hospitalares das UI's no Ano 13. Chama atenção as maiores Taxas de Ocupação nas unidades destinadas para os pacientes adultos em relação à pediatria, refletindo a alta demanda aliada aos perfis nosológicos de maior permanência, especialmente nas unidades clínicas como será mostrado a seguir.

**Tabela 21:** Indicadores das Unidades de Internação abertas - HS – Ano 13

Unidades	Leitos Operacionais	Número de Internações	Taxa de Ocupação %	Média de Permanência (dias)
<b>Pacientes Adultos</b>				
UI Adulto I	31	2.035	95,6	5,5
UI Adulto II	29	2.888	95,5	3,6
UI Adulto III	31	1.960	96,3	5,5
UI Adulto IV	29	2.790	94,3	3,7
UI Adulto Térreo I	32	1.843	96,2	5,9
UI Adulto Térreo II	29	1.365	96,6	7,1
<b>Pacientes Pediátricos</b>				
UI Pediátrica I	32	2.375	81,5	4,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

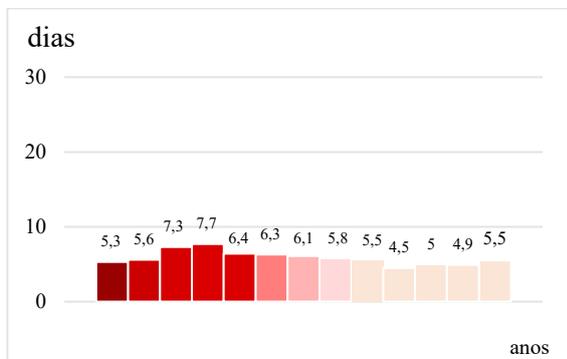
Por ocasião da pandemia de Covid 19, foi necessária a mudança no perfil das internações de algumas unidades destinadas aos pacientes adultos, o que refletiu nas suas Médias de Permanência. Assim, visando a melhor locação e segurança no processo assistencial dos casos suspeitos e/ou confirmados, as UI's Adulto Térreo I e II foram destinadas para este perfil.

Permaneceram as unidades Adulto I, II e III com os mesmos perfis, de ortopedia, cirúrgico e clínico geral, respectivamente. A UI Adulto IV, antes destinada aos pacientes clínicos, passou a ser uma unidade cirúrgica, possibilitando a UI Térreo II a ter um perfil clínico.

Os gráficos 46 a 51 evidenciam o comportamento das Médias de Permanência nas Unidades de Internação destinadas aos pacientes adultos ao longo dos treze anos. Ressalta-se que apesar das mudanças do perfil de algumas das unidades no Ano 11, a tendência de redução do tempo de internação foi mantida, com exceção da unidade Térreos II (gráfico 51), que, após o período da pandemia, passou a prestar assistência aos pacientes neurológicos ou com doenças renais em terapia dialítica, muitos dos

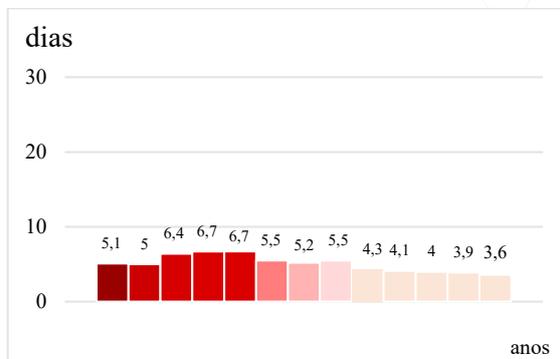
quais apenas aguardando ter a matrícula em serviços ambulatoriais específicos, para a efetivação da alta hospitalar.

**Gráfico 46:** Média Permanência UI Adulto I - Ano 1 a 13



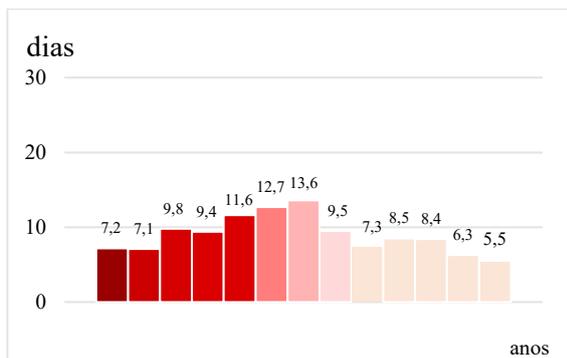
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 47:** Média Permanência UI Adulto II - Ano 1 a 13



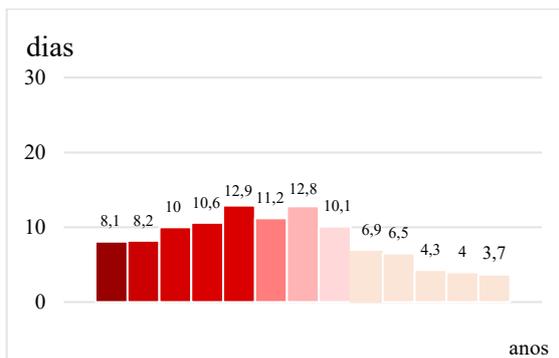
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 48:** Média Permanência UI Adulto III - Ano 1 a 13



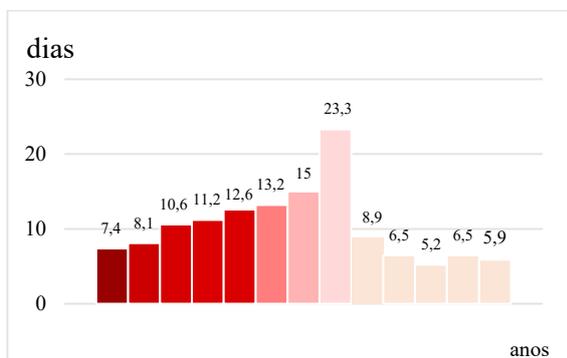
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 49:** Média Permanência UI Adulto IV - Ano 1 a 13



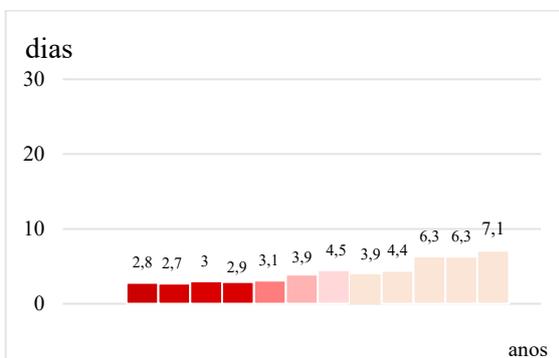
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 50:** Média Permanência UI Térreo I - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 51:** Média Permanência UI Térreo II - Ano 1 a 13

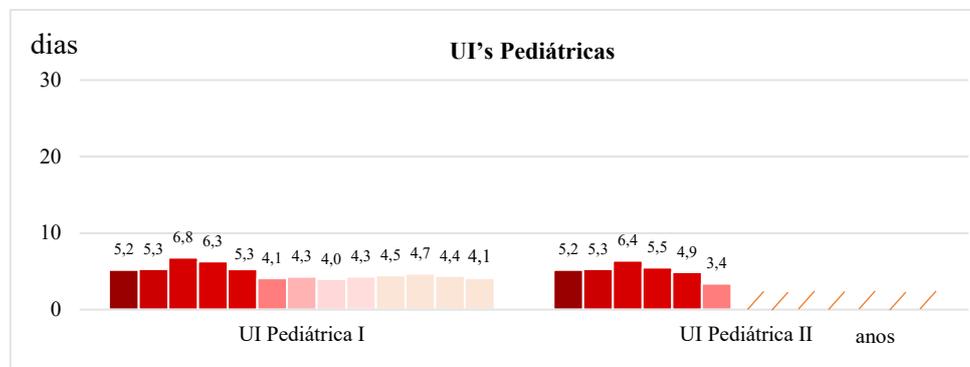


Fonte: Sistema Informatizado – HS

O gráfico 52 mostra as Médias de Permanência nas unidades pediátricas, com manutenção de valores estabilizados nos últimos anos. Ressalta-se que houve mudança do modelo assistencial na

pediatria, onde o paciente passa a ter seu acompanhamento integral pela mesma equipe de especialistas, desde o atendimento inicial até a alta hospitalar, constituindo a Linha de Cuidado Pediátrica.

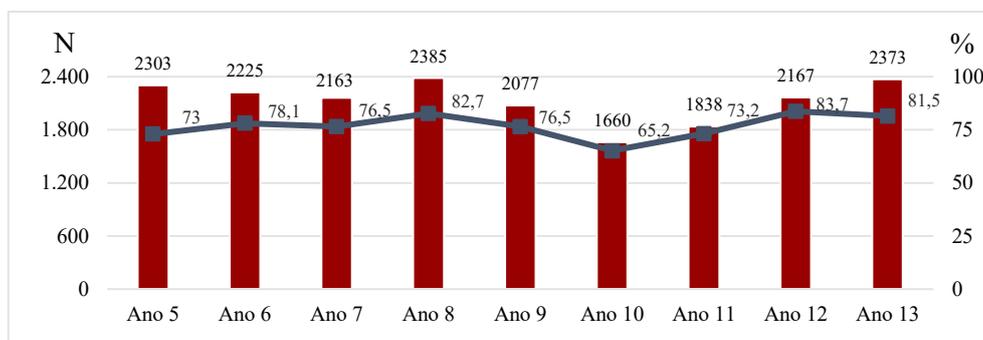
**Gráfico 52:** Média de Permanência das UI's Pediátricas - HS - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Visando a otimização dos leitos no hospital, considerando as Taxas de Ocupação das unidades Pediátricas I e II, que no Ano 5 foram de 80,7% e 78,4%, respectivamente, no início do Ano 6 a UI Pediátrica II foi desativada. Esta medida não impactou negativamente na oferta de leitos de pediatria, uma vez que manteve sua ocupação com taxas aceitáveis, sem reduzir de forma significativa o número de internações (gráfico 53).

**Gráfico 53:** Número de Internações e Taxa de Ocupação UI's Pediátricas - HS - Ano 6 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A Taxa de Ocupação na UI Pediátrica no Ano 13 foi de 81,5%. Apesar da menor ocupação em relação ao ano anterior, houve maior número de internações, conforme demonstrado no gráfico 53.

#### 4.2 PERFIL NOSOLÓGICO DAS UI'S

As tabelas 22 a 27 mostram os cinco principais motivos de internação nas Unidades destinadas para os pacientes adultos, com suas Médias de Permanências. Nota-se as diferenças de perfis, justificando os indicadores de desempenho destas unidades.

A UI Adulto I foi definida para o tratamento de pacientes pela especialidade de ortopedia e traumatologia. Desta forma, na unidade predominaram os traumas de extremidades, destacando-se os traumatismos do joelho e perna e do quadril e coxa, que juntos representaram 45,8% das admissões (tabela 22). Visando à otimização da assistência, a unidade conta com a participação de um médico clínico no acompanhamento de pacientes idosos e com comorbidades crônicas.

**Tabela 22:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto I – Ano 13

	UI Adulto I	
	%	dias
Traumatismo do joelho e da perna (S82 – S89.9)	27,3	8,0
Traumatismo do quadril e da coxa (S70.0 – S75.0)	18,5	8,4
Traumatismo do cotovelo e do antebraço (S51.0 - S56.4)	13,5	5,8
Traumatismo do ombro e do braço (S41.0 – S49.7)	10,7	6,0
Traumatismo do tornozelo e do pé (S90.0 – S99.9)	6,5	4,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A UI Adulto II apresentou um perfil nosológico nas diversas especialidades cirúrgicas, principalmente cirurgia geral, urologia e neurocirurgia. Conforme demonstrado na tabela 23, prevaleceram a calculose renal, com 16,9%, seguida pelos transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas, com 15,5%, e os traumatismos de cabeça, com 6,6% das admissões. Todos com baixas Médias de Permanência hospitalar. Ressalta-se que Diabetes Mellitus ocupou a quarta posição em frequência na unidade, geralmente associado a doença arterial oclusiva periférica descompensada, caracterizadas como pé diabético. Neste grupo a Média de Permanência foi de 8,6 dias.

**Tabela 23:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto II – Ano 13

	UI Adulto II	
	%	dias
Calculose Renal (N20.0 – N21.1)	16,9	3,1
Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas (K80.0 – K87.0)	15,5	2,8
Traumatismo da cabeça (S00.3 – S09.9)	6,6	3,7
Diabetes Mellitus (E10.1 – E14.9)	5,6	8,6
Doenças do Apêndice (K35.0 – K35.9)	4,5	2,2

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na UI Adulto III, conforme demonstrado na tabela 24, prevaleceram as doenças do aparelho circulatório, presente em dois dos cinco principais perfis nosológicos. As doenças cerebrovasculares representaram 23,7% das internações na unidade e as outras doenças do coração, manifestadas

geralmente por insuficiência cardíaca, corresponderam a 9,5%. O grupo Influenza e pneumonia foram também frequentes, vistas em 8,1%. Dentre as doenças do aparelho urinário, a insuficiência renal foi observada em 4,7%, com Média de Permanência de 15,3 dias.

**Tabela 24:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto III – Ano 13

	UI Adulto III	
	%	dias
Doenças cerebrovasculares (I61.9 – I69.4)	23,7	5,6
Outras formas de doença do coração (I33.0 – I50.9)	9,5	6,1
Influenza e pneumonia (J12.8 – J18.9)	8,1	6,7
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.0)	7,2	6,9
Insuficiência Renal (N17.9 – N18.9)	4,7	15,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A calculose renal prevaleceu na UI Adulto IV, com 16,2% das internações, seguida dos transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas, com 13,1%, e traumatismos da cabeça, com 6,5% (tabela 25). Este perfil mostrou-se semelhante ao da UI Adulto II, também destinada à internação de pacientes cirúrgicos.

**Tabela 25:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto IV – Ano 13

	UI Adulto IV	
	%	dias
Calculose Renal (N20.0 – N21.1)	16,2	3,3
Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas (K80.0 – K87.0)	13,1	3,0
Traumatismos da cabeça (S00.8 – S09.9)	6,5	4,5
Diabetes Mellitus (E10.1 – E14.9)	5,1	9,0
Hérnias (K40.2 – K46.9)	4,9	2,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A UI Adulto Térreo I tem o perfil clínico, com maior frequência das doenças cerebrovasculares, com 14,9%, seguidas de outras formas de doenças do coração e de outras formas de doenças do aparelho urinário (tabela 26). Desta forma mostra-se semelhante a UI Adulto III, inclusive quanto a Média de Permanência gerais das duas unidades.

Por fim, dentre as unidades clínicas, a UI Adulto Térreo II, assim como a UI Adulto Térreo, mostrou um perfil onde foi mais frequente as doenças cerebrovasculares e outras doenças do coração (tabela 27). No entanto, a prevalência de insuficiência renal foi de 5,5%, com Média de Permanência de 42,7 dias, corroborando no impacto da maior permanência da unidade em relação as demais. Este

fato reflete o tempo de espera dos pacientes com doença renal em terapia dialítica que apenas aguardam a matrícula em serviço de diálise ambulatorial.

**Tabela 26:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto Térreo I – Ano 13

	UI Adulto Térreo I	
	%	dias
Doenças cerebrovasculares (I61.9 – I69.4)	14,9	5,0
Outras formas de doença do coração (I33.0 – I50.9)	11,1	8,3
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.0)	9,9	7,8
Influenza e pneumonia (J12.8 – J18.9)	8,8	8,8
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I22.9)	4,0	9,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 27:** Perfis Nosológicos mais prevalentes nas UI Adulto Térreo II – Ano 13

	UI Adulto Térreo II	
	%	dias
Doenças cerebrovasculares (I61.9 – I69.4)	14,0	7,6
Outras formas de doença do coração (I33.0 – I50.9)	11,2	6,6
Influenza e pneumonia (J12.8 – J18.9)	10,8	7,0
Outras doenças do aparelho urinário (N30.0 – N39.0)	8,9	8,6
Insuficiência Renal (N17.9 – N18.9)	5,5	42,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A Unidade de Internação Pediátrica apresentou um perfil nosológico mais cirúrgico, especialmente relacionado a trauma. Assim, o traumatismo de cotovelo e antebraço e o traumatismo de ombro e braço representaram, respectivamente, 11% e 7,4% das internações. Ressalta-se ainda influenza e pneumonias, com 8,9%, e as doenças do apêndice com 8,2% (tabela 28).

**Tabela 28:** Perfis Nosológicos mais prevalentes na UI Pediátrica – Ano 13

	UI Pediátrica	
	%	dias
Traumatismo do cotovelo e antebraço (S52.0 – S53.4)	11,0	3,9
Influenza e pneumonia (J12.8 – J18.9)	8,9	8,5
Doenças do apêndice (K35.0 – K35.9)	8,2	5,1
Traumatismo do ombro e braço (S42.2 – S42.4)	7,4	2,9
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J45.0 – J45.9)	7,3	2,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 5 TERAPIA INTENSIVA

As unidades de terapia intensiva (UTI's) possuem uma estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes críticos e semicríticos, com potencial risco de vida. Contudo, o envelhecimento da população e a sobrevivência de pacientes às doenças previamente fatais, tornando-se crônicos e criticamente enfermos, são desafios para o equilíbrio entre a oferta e o uso racional deste recurso. Soma-se a isto, a deficiência da rede básica e a dificuldade de acesso a assistência à saúde, retardando diagnósticos e favorecendo a progressão de doenças, muitas delas vistas já em situações de gravidade maior.

Até o 9º mês do Ano 10, o Serviço de Terapia Intensiva do HS possuía 60 leitos distribuídos em quatro unidades com perfis bem definidos. A **UTI Adulto I e II** e a **UTI Adulto III**, com 20 leitos em cada, são gerais, enquanto a **UTI Cirúrgica**, com 10 leitos, é destinada para pacientes adultos em pós-operatório. A **UTI Pediátrica** possui 10 leitos e atende pacientes com faixa etária de até 16 anos.

Para atender a demanda ocasionada pela pandemia por Covid-19, em maio de 2020, foram implantados mais 118 leitos intensivos. Foram 58 leitos no espaço físico da Emergência, unidade denominada como **UTI Adulto IV**, e 60 leitos em um **Hospital Campanha**, localizado na área do estacionamento do hospital. Desta forma, de 60 leitos, a instituição passou a ofertar 178 leitos intensivos, sendo 118 (66,3%) específicos para o Covid-19 e 60 (33,7%) para as demais condições críticas de saúde.

Após o controle da pandemia, em agosto de 2021, o HS deixou de ter esta referência e o Hospital Campanha foi desativado. Na mesma ocasião a UTI Adulto IV mudou o perfil de suas admissões, atendendo a demanda de pacientes críticos de perfil geral. Em julho de 2022 a UTI Adulto IV reduziu sua disponibilidade, passando a operar com 10 leitos, permanecendo assim até junho de 2023, quando foi totalmente desativada.

### 5.1 INDICADORES HOSPITALARES DAS UTI'S

Na tabela 29 estão demonstrados alguns dos indicadores das unidades de terapia intensiva no décimo terceiro ano do hospital. Pode-se observar altas Taxas de Ocupação nas unidades de pacientes adultos, o que reflete a grande demanda na instituição. Diante disto, a instituição segue critérios de prioridade para admissão em UTI, conforme Recomendação do Conselho Federal de Medicina, onde não apenas a gravidade clínica e a necessidade de procedimentos invasivos são consideradas, mas também a probabilidade de recuperação.

Considerando todas as UTI's, ocorreram 4.197 internações no ano, sendo 3.514 nas unidades adulto (83,7%) e 683 (16,3%) na pediátrica. No entanto, apesar da Taxa de Ocupação ter sido a menor, proporcionalmente ao número de leitos ativos, a UTI Pediátrica teve maior produção, justificado pela menor Média de Permanência. Sabe-se que o perfil das internações de pacientes adultos é habitualmente mais complexo e de maior gravidade, com maior demanda de procedimentos invasivos para suporte de vida e estabilização clínica.

**Tabela 29:** Indicadores das Unidades de Terapia Intensiva - HS - Ano 13

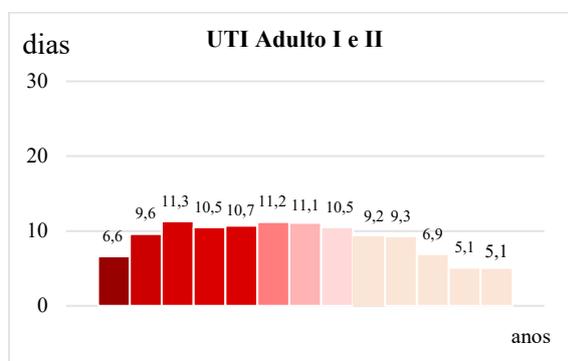
Unidades	Leitos Operacionais	Número de Internações	Taxa de Ocupação %	Média de Permanência (dias)
UTI Adulto I e II	20	1.269	98,0	5,1
UTI Adulto III	20	1.117	98,5	6,6
UTI Cirúrgica	10	634	97,5	5,8
UTI Adulto IV	10	494	95,8	6,0
UTI Pediátrica	10	683	87,4	4,8
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>4.197</b>	<b>96,3</b>	<b>5,6</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

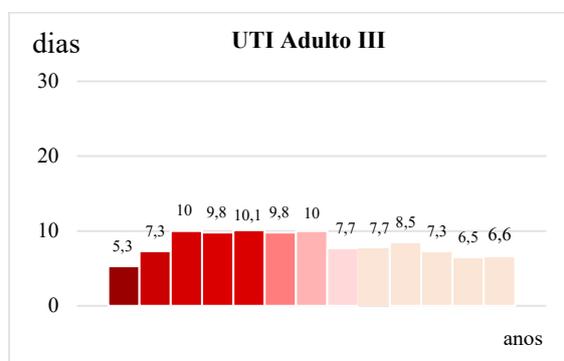
Os gráficos 54 a 58 mostram o comportamento da Média de Permanência nas Unidades Intensivas ao longo dos anos. Vale salientar que a UTI Adulto III até o segundo ano do hospital era uma unidade Semi Intensiva, que sofreu adequação para atender a demanda de pacientes críticos, e que a UTI Adulto IV iniciou seu funcionamento em maio de 2020, correspondendo ao 8º mês do Ano 10, e foi desativada em junho de 2023.

Todas as unidades reduziram os valores de Média de Permanência no último ano, sendo de modo significativo na UTI Adulto IV, diante da mudança do perfil das internações, que passou de casos específicos de Covid 19 para o perfil geral.

**Gráfico 54:** Média Permanência UTI Adulto I e II - Ano 1 a 13 **Gráfico 55:** Média Permanência UTI Adulto III - Ano 1 a 13

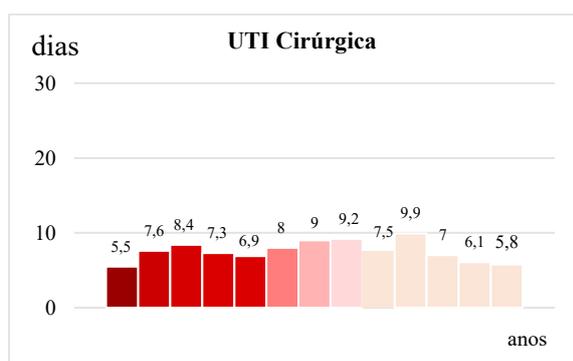


Fonte: Sistema Informatizado – HS



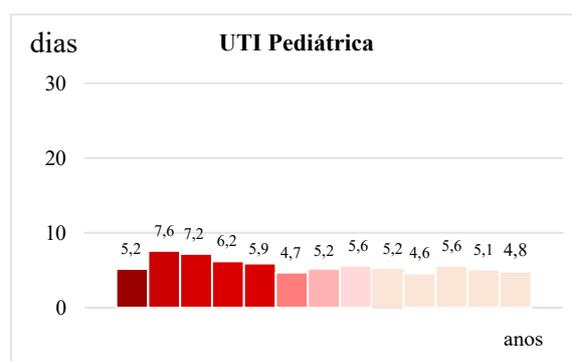
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 56:** Média Permanência UTI Cirúrgica - Ano 1 a 13

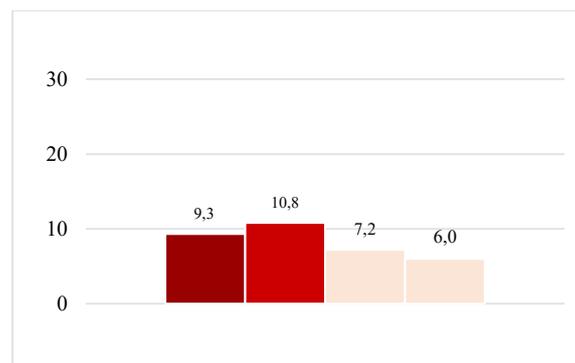


Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 57:** Média Permanência UTI Pediátrica - Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 58:** Média Permanência UTI Adulto IV - Ano 10 a 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 5.2 PERFIL NOSOLÓGICO DAS UTI's

O entendimento do perfil epidemiológico, que inclui as informações sobre as principais condições clínicas dos pacientes admitidos, agrega valor as instituições que tem como lema a qualidade da assistência. É um importante recurso para subsidiar os processos de tomada de decisão, planejamento, execução e avaliação das ações implementadas na gestão hospitalar.

Com o advento da pandemia e a restrição do acesso à Emergência, as unidades intensivas adulto passaram a receber pacientes encaminhados pela Central Estadual de Regulação (CER), procedentes de diversas unidades de saúde, incluindo do interior do estado. Isso resultou em admissões de maior gravidade, considerando, principalmente, o tempo evolutivo das disfunções de órgãos, que muitas vezes ainda não tinham o diagnóstico definitivo e o tratamento adequado.

Após o controle da pandemia, o hospital deixou de ser uma das referências do estado para este perfil nosológico e houve redução do número de leitos intensivos. Associado a isso, ocorreu progressivo aumento dos atendimentos de urgência e emergência sob demanda espontânea, levando a queda das admissões de pacientes regulados pela Central Estadual de Regulação (CER).

O perfil de gravidade dos pacientes atendidos na Emergência foi mantido, corroborado pela alta Taxa de Conversão em internamentos, com valor de 41,5% no último ano. Ressalta-se também que do total de internações procedentes da Emergência, 29,4% tiveram passagem em UTI. Já considerando as internações geradas pelo Ambulatório, esse valor foi de 3,7% (tabela 30).

**Tabela 30:** Internações hospitalares com passagem em Terapia Intensiva – HS – Ano 13

Unidades	Número de Atendimentos	Número de Internações	Passagem em Terapia Intensiva
Emergência	26.675	11.077	3.252 (29,4%)
Ambulatório	30.677	3.367	122 (3,7%)
<b>Total</b>	<b>57.352</b>	<b>14.444</b>	<b>3.374 (23,4%)</b>

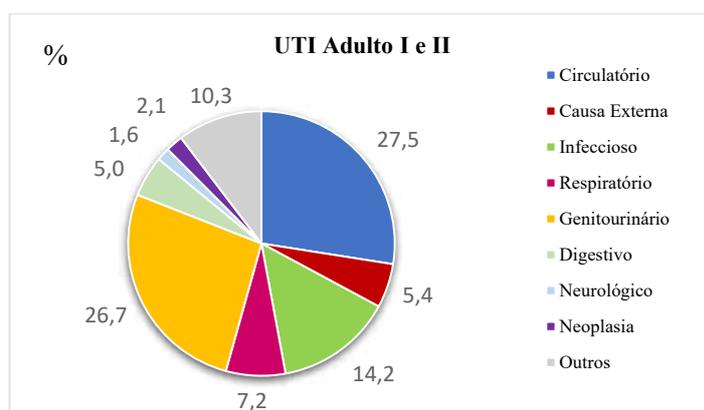
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Para melhor entendimento dos resultados alcançados pelas diversas unidades intensivas do hospital, a seguir são apresentados os principais perfis nosológicos das admissões, correlacionando-os com o tempo de internação no setor.

As UTI's Adulto I e II, III e IV tem perfis de internações gerais, onde houve o predomínio de patologias clínicas. Já na UTI Cirúrgica, que, embora tenha admitido casos clínicos em situações de contingência de leitos intensivos, prevaleceu pacientes cirúrgicos.

Na **UTI Adulto I e II**, conforme gráfico 59, que mostra a distribuição das internações por perfis nosológicos, as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes, com 27,5%, seguidas das doenças do aparelho geniturinário (26,7%), doenças infecciosas (14,2%) e doenças respiratórias (7,2%). Ao ser avaliado o perfil por grupo de CID, como mostrado na tabela 31, predominou a insuficiência renal, com 24,1%, seguida das doenças cerebrovasculares (12,8%) e outras doenças bacterianas (12,7%). No entanto, as doenças do coração, manifestada por insuficiência cardíaca e doenças isquêmicas, foram frequentes, representando 11,6% dos pacientes. Vale salientar que a maior frequência de insuficiência renal reflete a presença do leito rotativo de diálise na unidade.

**Gráfico 59:** Internações por grupos nosológicos nas UTI Adulto I e II – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

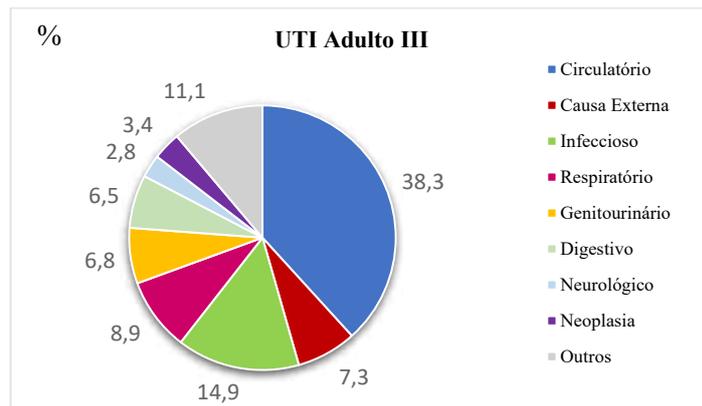
**Tabela 31:** Doenças mais prevalentes nas UTI Adulto I e II - HS – Ano 13

UTI Adulto I e II		
	Internações %	Média de Permanência (dias)
Insuficiência renal (N17.1 – N19)	24,1	1,2
Doenças cerebrovasculares (I60.3 – I69.4)	12,8	6,6
Outras doenças bacterianas (A41.5 – A49.9)	12,7	9,6
Outras formas de doença do coração (I30.9 – I50.9)	6,3	3,8
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.9)	5,3	5,7
Influenza e pneumonia (J15.6 – J18.9)	4,5	9,2
Sintomas e sinais gerais (R57 – R57.9)	3,9	6,1
Outras doenças do aparelho digestivo (K92.0 – K92.9)	2,4	4,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na **UTI Adulto III**, conforme gráfico 60 e tabela 32, os principais perfis nosológicos foram as doenças do aparelho circulatório, com 38,3%, seguido das doenças infecciosas (14,9%) e doenças respiratórias (8,9%). Dentre os motivos de admissão por grupo de CID, informado na ocasião da alta da unidade, chamou atenção o internamento por doenças cerebrovasculares (19,4%), outras doenças bacterianas (12,5%) e as doenças do coração, onde a insuficiência cardíaca e as doenças isquêmicas representaram 15,6% dos internamentos.

**Gráfico 60:** Internações por grupos nosológicos na UTI Adulto III – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

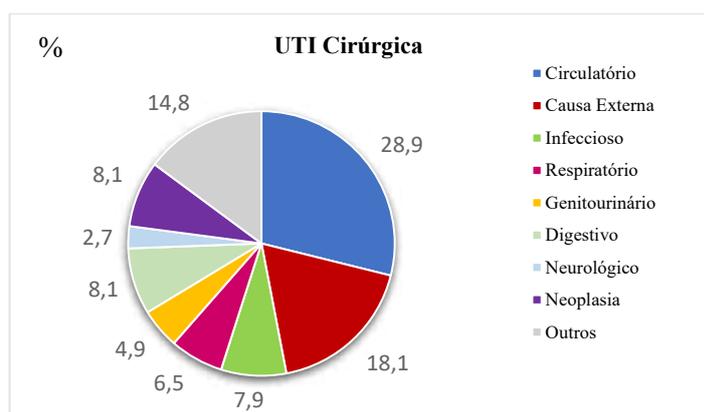
**Tabela 32:** Doenças mais prevalentes na UTI Adulto III - HS - Ano 13

UTI Adulto III		
	Internações %	Média de Permanência (dias)
Doenças cerebrovasculares (I60.3 – I69.4)	19,4	7,1
Outras doenças bacterianas (A41.5 – A49.9)	12,5	9,1
Outras formas de doença do coração (I30.9 – I50.9)	10,6	6,1
Influenza e pneumonia (J15.6 – J18.9)	5,3	6,5
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.9)	5,0	5,4
Insuficiência renal (N17.1 – N19)	4,6	3,7
Sintomas e sinais gerais (R57 – R57.9)	3,0	4,1
Traumatismos da cabeça (S02.0 – S09.9)	2,2	9,4

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na **UTI Cirúrgica**, conforme o gráfico 61, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas prevaleceram, com 28,9% e 18,1%, respectivamente. Na análise por grupo de CID, conforme tabela 33, embora tenha sido observado alta frequência das doenças cerebrovasculares, com 14,9%, as lesões traumáticas foram frequentes, incluindo o traumatismo de quadril e coxa e o traumatismo de crânio, com valores superiores aos vistos nas outras unidades.

A despeito do perfil cirúrgico, casos clínicos foram admitidos por contingência, diante da não disponibilidade de leitos em outras unidades intensivas no momento das indicações. Neste contexto, os pacientes são posteriormente redirecionados, respeitando a condição clínica para o transporte seguro.

**Gráfico 61:** Internações por grupos nosológicos na UTI Cirúrgica – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

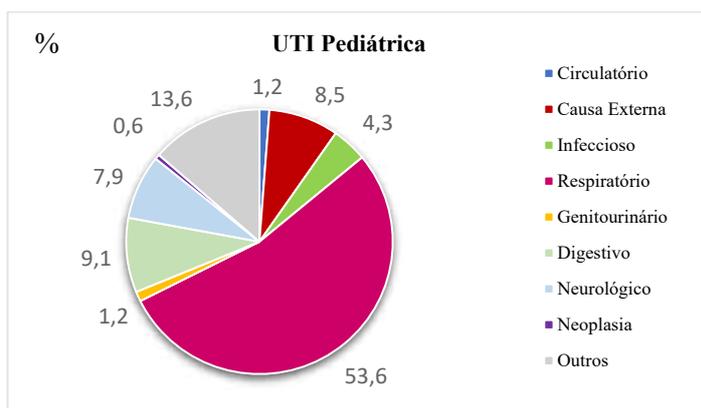
**Tabela 33:** Doenças mais prevalentes na UTI Cirúrgica - HS - Ano 13

UTI Cirúrgica		
	Internações %	Média de Permanência (dias)
Doenças cerebrovasculares (I60.3 – I69.4)	14,4	6,8
Outras doenças bacterianas (A41.5 – A49.9)	6,7	8,3
Outras formas de doença do coração (I33.9 – I50.9)	6,4	7,5
Traumatismo do quadril e da coxa (S70.0 – S75.0)	6,4	4,7
Sinais e sintomas relativos ao aparelho digestivo e abdômen (R10.0 – R19.0)	5,5	6,3
Traumatismos da cabeça (S02.0 – S09.9)	5,4	9,0
Influenza e pneumonia (J15.6 – J18.9)	4,4	7,5
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.9)	3,5	4,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na **UTI Pediátrica**, conforme gráfico 62 e tabela 34, foram frequentes as doenças do aparelho respiratório (53,6%), seguidas das doenças infecciosas (9,1%) e das causas externas (8,5%). Dentre as condições clínicas observadas, ressalta-se influenza e pneumonia, com 22,8%.

A despeito de serem condições clínicas com menor demanda de procedimentos e consequente menor tempo de internação, a implantação da Linha de Cuidado do Paciente Pediátrico, aliada a qualidade da equipe multiprofissional, contribuiu para a Média de Permanência alcançada. Sem dúvida o gerenciamento dos dados epidemiológicos dentro da visão de Linha de Cuidado favorece o planejamento integral e a continuidade da assistência. Entre outras funções, a equipe pode definir ações específicas a partir das informações obtidas e analisadas, gerando um cuidado mais efetivo e eficiente.

**Gráfico 62:** Internações por grupos nosológicos na UTI Pediátrica – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 34:** Doenças mais prevalentes na UTI Pediátrica - HS - Ano 13

UTI Pediátrica		
	Internações %	Média de Permanência (dias)
Influenza (gripe) e pneumonia (J12.8 – J18.9)	22,8	5,6
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40.0 – J47.9)	18,9	3,2
Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20.0 – J22.9)	9,0	5,2
Doenças do apêndice (K35.0 – K35.9)	4,2	2,6
Traumatismo da cabeça (S00.9 – S09.9)	3,9	2,1
Diabetes mellitus (E10.0 – E14.9)	3,9	4,2
Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (G00 – G09)	3,4	5,4
Transtornos episódicos e paroxísticos (G40.9 – G41.9)	2,8	8,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

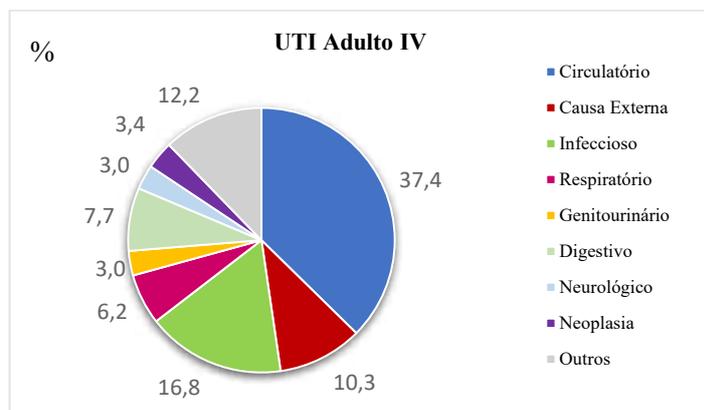
Atualmente, o mundo está caracterizado pelo dinamismo, com o surgimento de novos padrões e tecnologias, e, também, por incertezas. Estamos falando do conceito de mundo VUCA, utilizado para classificar o contexto de caos e de difícil previsão de cenários que é o ambiente corporativo. Diante disso, é necessário que os profissionais e líderes estejam atentos a essa transformação.

O Hospital do Subúrbio reconhece este momento e busca estar sempre atento as necessidades da população, adequando os seus processos de trabalho para a melhor oferta de serviço. Assim, visando atender a demanda de pacientes críticos na instituição, a partir do quarto ano do hospital, a área da Emergência destinada para estabilizar os pacientes foi readequada em recurso humano e tecnológico, passando a funcionar como UTI, com 10 leitos. Essa unidade, denominada **Estabilização**, no 8º mês do Ano 10 foi desativada para implantação de novos leitos intensivos, destinados aos pacientes com Covid-19. Assim, surgiu a **UTI Adulto IV**, com 58 leitos.

Com o controle da pandemia, esta unidade passou a atuar com o perfil de internação geral, favorecendo o acesso deste recurso na Rede de Saúde do estado. Em junho de 2023 a esta unidade foi desativada.

No gráfico 63 e tabela 35 são apresentados os dados desta unidade no Ano 13, até o período de sua desativação. Assim como as demais unidades intensivas de perfil geral, as doenças do aparelho circulatório prevaleceram, com 37,4%, seguido das doenças infecciosas, com 16,8% e das causas externas, com 10,3%.

**Gráfico 63:** Grupos nosológicos UTI Adulto IV - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 35:** Doenças mais prevalentes na UTI Adulto IV - HS - Ano 13

UTI Adulto IV		
	Internações %	Média de Permanência (dias)
Doenças cerebrovasculares (I60.3 – I69.4)	21,9	4,6
Outras doenças bacterianas (A41.5 – A49.9)	15,9	10,6
Outras formas de doença do coração (I30.9 – I50.9)	6,5	4,6
Doenças isquêmicas do coração (I20.0 – I25.9)	5,2	5,1
Influenza e pneumonia (J15.6 – J18.9)	4,1	8,9
Sintomas e Sinais relativos ao aparelho digestivo e abdome (R10.0 – R19.9)	3,2	6,8
Outras doenças do aparelho digestivo (K92.0 – K92.9)	2,8	4,3
Traumatismo do quadril e coxa (R57 – R57.9S70.0 – S75.0)	2,2	3,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 6 BLOCO CIRÚRGICO

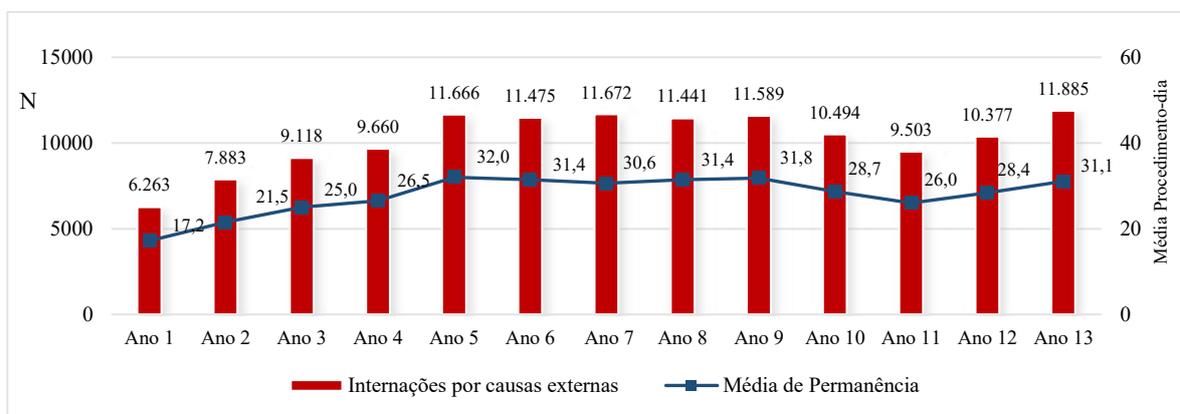
O Centro Cirúrgico é um setor fechado detentor de um conjunto de elementos necessários às atividades cirúrgicas. Possui ambiente dimensionado de acordo com rígidas regulamentações, dotado de instalações, equipamentos e pessoal especializado, de forma a oferecer segurança aos pacientes.

Ao longo dos anos, conforme demonstrado no gráfico 64, houve aumento progressivo do número de procedimentos cirúrgicos até o Ano 5. Este fato é atribuído a alta demanda de pacientes na instituição com o perfil cirúrgico, aliado a maior eficiência do Centro Cirúrgico no gerenciamento do seu processo.

A partir daí, houve um período de estabilização na produção cirúrgica até o período da pandemia de Covid-19, que impactou no quantitativo de procedimentos realizados, diante da menor demanda. Vale salientar que este comportamento ocorreu tanto no paciente adulto, quanto no pediátrico, conforme demonstrado no gráfico 65.

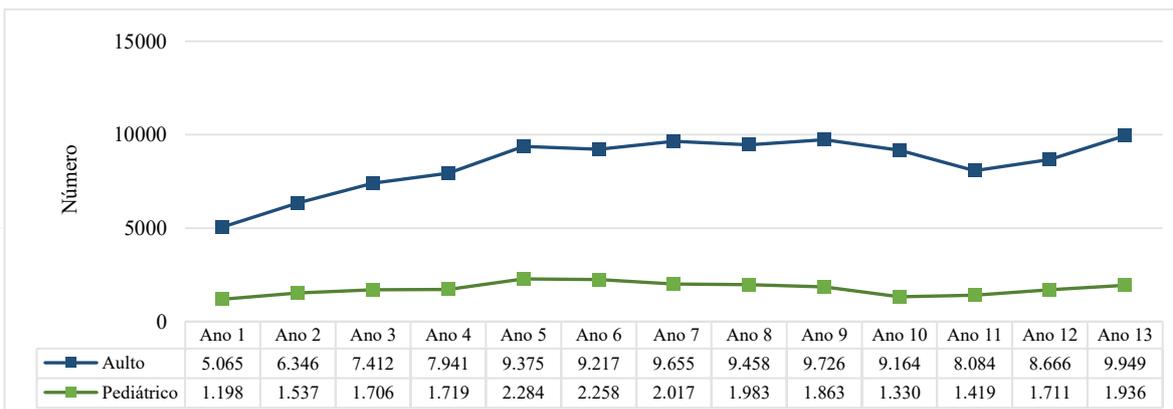
No Ano 13, o quantitativo de procedimentos realizados foi de 11.885, superando todos os anos anteriores. Este crescimento foi marcante nos pacientes adultos, com 9.949 (83,7% do total), representando um aumento de 14,8% em relação ao ano anterior.

**Gráfico 64:** Procedimentos cirúrgicos – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado - HS

**Gráfico 65:** Distribuição dos procedimentos por faixa etária – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 36 apresenta a distribuição dos procedimentos realizados ao longo dos treze anos no paciente adulto, conforme as especialidades cirúrgicas. Foi observado que todas as especialidades cresceram sua produção.

**Tabela 36:** Procedimentos cirúrgicos em pacientes adultos – HS – Ano 1 a 13

Especialidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cirurgia geral	1.478	2.025	1.905	1.934	2.212	2.097	2.901	2.953	2.949	2.701	2.450	2.527	2.939
Ortopedia	1.628	1.968	1.980	2.196	2.921	2.946	3.047	3.008	2.727	2.756	2.333	2.433	2.540
Urologia	747	913	1.106	1.029	1.120	1.076	1.039	1.293	1.746	1.753	1.526	1.658	2.214
Neurocirurgia	306	337	468	520	629	736	636	531	644	452	437	629	862
Cirurgia Plástica	382	541	587	635	900	1.103	1.062	882	802	694	592	574	532
Cirurgia Vascular	200	289	354	365	378	315	354	336	397	364	279	300	395
Cirurgia Torácica	173	119	170	157	152	287	310	323	295	308	354	389	314
Bucomaxilo	58	86	137	103	147	128	89	69	93	72	31	52	53
Outros	93	68	705	1.002	916	529	217	63	73	64	82	104	100
<b>Total</b>	<b>5.065</b>	<b>6.346</b>	<b>7.412</b>	<b>7.941</b>	<b>9.375</b>	<b>9.217</b>	<b>9.655</b>	<b>9.458</b>	<b>9.726</b>	<b>9.164</b>	<b>8.084</b>	<b>8.666</b>	<b>9.949</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

No grupo “Outros Procedimentos” estão considerados as intervenções percutâneas (cateterismo cardíaco, arteriografia cerebral e periférica) e os procedimentos endoscópios (endoscopia digestiva, colonoscopia, gastrostomia endoscópica e broncoscopia).

No paciente pediátrico, conforme tabela 37, merece destaque o aumento progressivo dos procedimentos realizados pela cirurgia pediátrica e ortopedia. Entretanto, nos Anos 10 e 11, nota-se a redução significativa do quantitativo da cirurgia pediátrica, com 574 e 580 procedimentos, justificada pela própria redução de demanda, mas que vem retomando a partir do Ano 12. Na ortopedia pediátrica não foi evidenciado impacto significativo no quantitativo de procedimentos cirúrgicos com a pandemia. Porém, ressalta-se a sua crescente produção a partir do Ano 11, atingindo 774 no último ano.

**Tabela 37:** Procedimentos cirúrgicos em pacientes pediátricos – HS – Ano 1 a 13

Especialidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cirurgia. Pediátrica	422	699	921	1.024	1.378	1.359	1.191	1.136	1.072	574	580	769	839
Ortopedia	332	440	430	370	472	484	481	541	490	496	584	676	774
Neurocirurgia	60	57	66	62	62	66	88	64	77	90	67	42	92
Cirurgia Torácica	60	43	54	48	89	62	54	57	53	28	22	70	74
Urologia	59	70	61	58	76	109	74	66	73	55	73	63	74
Cirurgia Plástica	72	128	125	104	114	128	106	97	84	60	68	57	51
Cirurgia Vascular	118	62	12	26	16	19	16	9	7	11	12	13	8
Bucomaxilo	17	9	11	9	17	20	4	4	2	8	1	3	3
Outros	58	29	26	9	60	11	3	9	5	8	12	18	21
<b>Total</b>	<b>1.198</b>	<b>1.537</b>	<b>1.706</b>	<b>1.710</b>	<b>2.284</b>	<b>2.258</b>	<b>2.017</b>	<b>1.983</b>	<b>1.863</b>	<b>1.330</b>	<b>1.419</b>	<b>1.711</b>	<b>1.936</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 7 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

O SADT do Hospital do Subúrbio é constituído pelo Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Bioimagem, Métodos Gráficos (eletrocardiograma e eletroencefalograma) e Métodos Endoscópicos (endoscopia respiratória e digestiva).

O Serviço de Bioimagem engloba as modalidades de radiologia geral, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética, atuando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana. Tem foco nas demandas internas e, no caso da ressonância magnética, atende também pacientes externos através da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade do estado da Bahia (CERAC).

A tabela 38 apresenta o quantitativo de exames de SADT conforme definido para apuração no Contrato de Concessão do Hospital do Subúrbio. Ou seja, a produção que foi relacionada a partir do atendimento de urgência e emergência, exceto nos exames de Ressonância Nuclear Magnética e Hemodinâmica, que atendem ao complexo regulador.

Nota-se marcante redução do número de exames nos três primeiros anos do hospital, quando a instituição incorporou o “Exame Consciente” na Política de Segurança do Paciente. Isto favoreceu a racionalização deste recurso, evitando o desperdício e otimizando o desempenho assistencial. Vale salientar que esta redução pode também ser justificada pela diminuição dos atendimentos dos pacientes classificados como Verdes e Azuis, concomitante com a melhoria da rede de atenção primária e secundária do distrito, conforme previamente comentado.

Em relação ao Ano 13, após período de redução do quantitativo de todos os exames na ocasião da pandemia de Covid-19, justificada pelo menor número de atendimentos de urgência e emergência, o total de exames foi de 226.990. Este fato deve-se ao maior número de atendimentos na instituição.

**Tabela 38:** Número de procedimentos de apoio diagnósticos e terapêutico – HS – Ano 1 a 13

Procedimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Laboratório	439.440	387.221	182.303	186.862	199.827	169.713	173.093	187.853	198.698	142.115	103.171	127.987	156.641
Radiografia	53.172	50.567	46.195	47.669	54.596	47.566	49.163	47.366	48.846	36.186	25.340	36.599	40.872
Tomografia	14.185	15.831	14.383	14.817	17.080	16.267	18.075	19.956	21.177	14.931	9.983	14.323	19.563
ECG / EEG	9.118	8.836	6.720	6.735	6.812	5.459	5.920	4.965	5.065	3.854	2.154	3.172	4.533
Ultrassom	2.860	9.753	6.923	5.949	5.460	4.446	4.779	5.255	6.227	3.864	874	1.661	2.943
Ressonância Magnética	670	2.312	1.752	2.010	2.145	2.043	2.106	1.750	2.177	1.557	1.628	1.988	2.355
Métodos Endoscópicos	1.617	1.337	627	284	285	200	228	226	236	130	19	29	83
Hemodinâmica*	-	-	705	543	246	202	116	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>521.062</b>	<b>475.857</b>	<b>259.608</b>	<b>264.869</b>	<b>286.451</b>	<b>245.896</b>	<b>253.480</b>	<b>267.635</b>	<b>282.426</b>	<b>202.751</b>	<b>143.182</b>	<b>185.759</b>	<b>226.990</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

\*Os procedimentos de Hemodinâmica foram considerados apenas os realizados em pacientes não internados

Em maio de 2017, de acordo com as definições da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Serviço de Hemodinâmica do Hospital do Subúrbio foi desativado, sendo os pacientes com necessidades de procedimentos vasculares percutâneos, diagnósticos ou terapêuticos, regulados para instituições com esta especialização.

## 8 AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

A Agência Transfusional do HS possui uma equipe especializada em prestar assistência hemoterápica cujas competências estão definidas de acordo com a legislação vigente. É vinculada ao Hemocentro Coordenador - HEMOBA, responsável pelo suprimento dos hemocomponentes de todos os hospitais que compõem a rede de assistência do estado da Bahia vinculadas ao SUS.

O Hospital do Subúrbio, diante do seu perfil institucional de urgência e emergência, predominantemente cirúrgico, onde as causas externas constituem o mais prevalente motivo de internação, necessita de suporte de hemoterapia eficaz e eficiente. Logo, a Agência Transfusional do HS vem acompanhando a programação de procedimentos invasivos e cirúrgicos e interagindo com as especialidades médicas na busca da adequação da indicação clínica, conforme protocolos institucionais estabelecidos, além de realizar o gerenciamento de estoque dos hemocomponentes. Estas ações impactam na adequação da demanda a oferta para esta terapia e na redução do risco das complicações relacionadas.

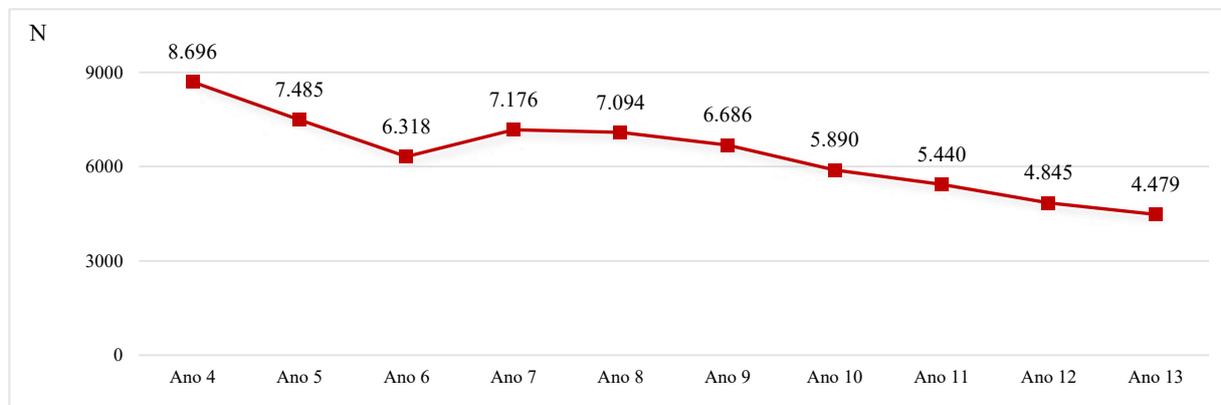
O gerenciamento de uso de sangue do paciente (*Patient Blood Management – PBM*) é uma abordagem endossada em 2010 pela Assembleia Mundial da Saúde por meio da resolução WHA 63.12, e está listada como um dos objetivos universais da Organização Mundial de Saúde para uso seguro de produtos hemoterápicos, centrado no paciente e baseado em evidências. Tem por intuito de promover a conscientização através de medidas educativas com foco no cuidado centrado no paciente. É composto por três pilares.

<b>PILAR 1</b> Otimizar a massa eritrocitária	<b>PILAR 2</b> Minimizar perdas sanguíneas	<b>PILAR 3</b> Tolerar mais a anemia
Identificar e tratar a anemia e comorbidades associadas; Identificar e tratar deficiência de ferro, mesmo sem anemia; Melhorar a adaptação fisiológica a anemia; Otimizar eritropoiese; Ficar atento ao uso de medicamentos que possam interferir com a coagulação.	Controlar o risco hemorrágico; Controlar coagulopatia e sangramentos; Hemostasia cirúrgica rigorosa; Usar técnicas de conservação sangue; Manter normotermia; Usar agentes hemostáticos; Prevenir sangramento gastrointestinal; Coletar exames de forma consciente.	Avaliar perda sanguínea e reserva fisiológica do paciente; Usar hemocomponentes de acordo com protocolos, com limiares restritivos e centrados no paciente; Otimizar débito cardíaco e oxigenação; Tratar anemia pós operatória de forma criteriosa; Coletar exames de forma consciente.

No Ano 11 o Hospital do Subúrbio, dentro de uma cultura de qualidade e segurança do paciente, adotou o *PBM*. Isso permitiu atender as necessidades de hemotransfusão, com adequação dos recursos e menor exposição do risco.

O gráfico 66 mostra o quantitativo de transfusões de hemocomponentes do Ano 4 ao Ano 13. Ressalta-se uma importante redução, de 8.696 para 4.479 (48,5%), fruto das estratégias para adequação do uso, numa política de terapia restritiva.

**Gráfico 66:** Número de Transfusões por ano - HS - Ano 4 a 13

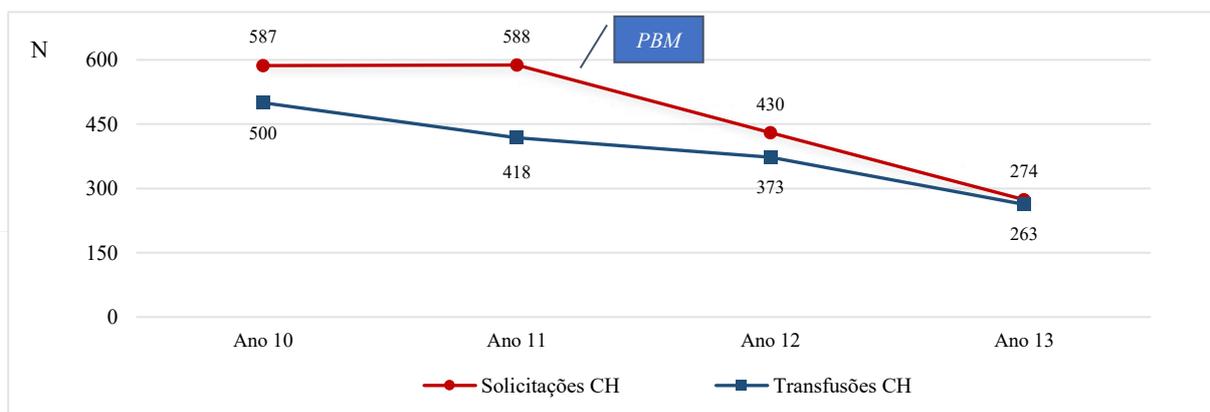


Fonte: Hemoterapia / Sistema Informatizado – HS

O impacto do *PBM* na otimização do uso de hemocomponentes pode ser observado nos gráficos 67 e 68, que apresentam o número de solicitações de concentrado de hemácias em reservas pré-operatórias e de transfusões realizadas, pelas especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral, respectivamente, do Ano 10 ao Ano 13. Nota-se que além da redução do número de solicitações de concentrados de hemácias, houve menor diferença entre o que foi solicitado e utilizado após a implantação do *BPM*, especialmente na Ortopedia, com 274 solicitações e 263 transfusões no último ano. Isto corrobora com a política institucional de uso racional de hemocomponentes, desde o momento de sua indicação.

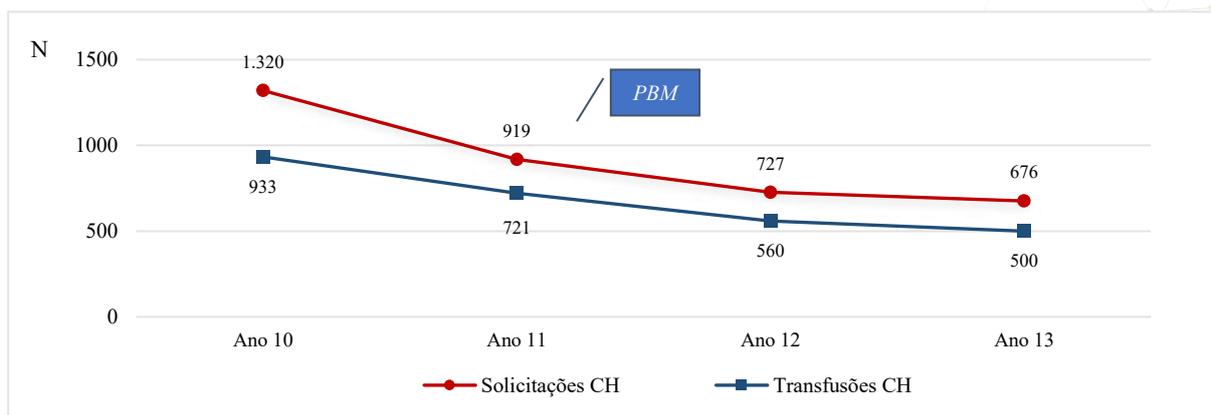
Por fim, a despeito da redução de cerca de 50% no uso de hemocomponente ao longo dos anos, sabe-se que a adesão a novos conceitos, incluindo o de uso de sangue, requer um trabalho contínuo de educação, construído de forma multidisciplinar e centrado no paciente.

**Gráfico 67:** Número de solicitações de reserva e transfusões realizadas pela Ortopedia - Ano 10 a 13



Fonte: Hemoterapia / Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 68:** Número de solicitações de reserva e transfusões realizadas pela Cirurgia Geral - Ano 10 a 13



Fonte: Hemoterapia / Sistema Informatizado – HS

## 9 LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE CLÍNICO

### 9.1 ASPECTOS GERAIS

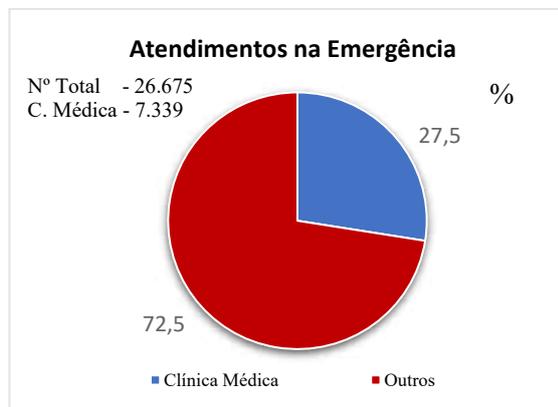
Na perspectiva da integralidade do cuidado, o Serviço de Clínica Médica do HS foi reestruturado, ampliando sua atuação. A partir de fevereiro de 2017, o modelo de Medicina Hospitalar adotado pela especialidade desde o início da operação do hospital, que busca a qualidade da assistência através da participação efetiva do médico, atuando como líder no planejamento da linha do cuidado assistencial, passou a abranger a assistência integral do paciente clínico.

A integralidade do cuidado, numa atuação multiprofissional, permite um melhor desempenho clínico, mesmo dentro de um perfil cuja complexidade e gravidade dos pacientes se mostram crescentes. Desta forma, ações desenvolvidas como rondas clínicas diárias (“*rounds*”), visitas multidisciplinares e o *huddle* diário, auxiliam no planejamento seguro do cuidado e na tomada de decisão, além de melhorar a comunicação e o alinhamento entre os membros da equipe, reduzindo complicações e propiciando a desospitalização precoce.

A especialidade vem também atuando junto à Terapia Intensiva, na avaliação de pacientes com maior risco de retorno precoce, identificado a partir do escore *SWIFT* (*stability and workload index for transfer*). Assim, vem realizando visitas nas UTI’s no momento das definições das altas internas dos pacientes. Esta ação vem fortalecendo a continuidade assistencial nas transições do cuidado.

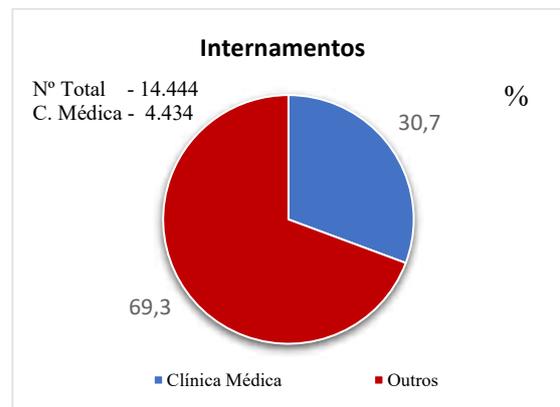
Ao longo dos anos, a Clínica Médica vem sendo a especialidade com maior prevalência em número de atendimentos de urgência e emergência e de internamentos, como previamente demonstrado nos tópicos 2.1.4 (gráfico 15) e 3.2.2 (tabela 16). No Ano 13, conforme gráficos 69 e 70, estes quantitativos foram de 7.339 (27,5%) e 4.434 (30,7%), respectivamente.

**Gráfico 69:** Atendimentos da Clínica Médica – HS- Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

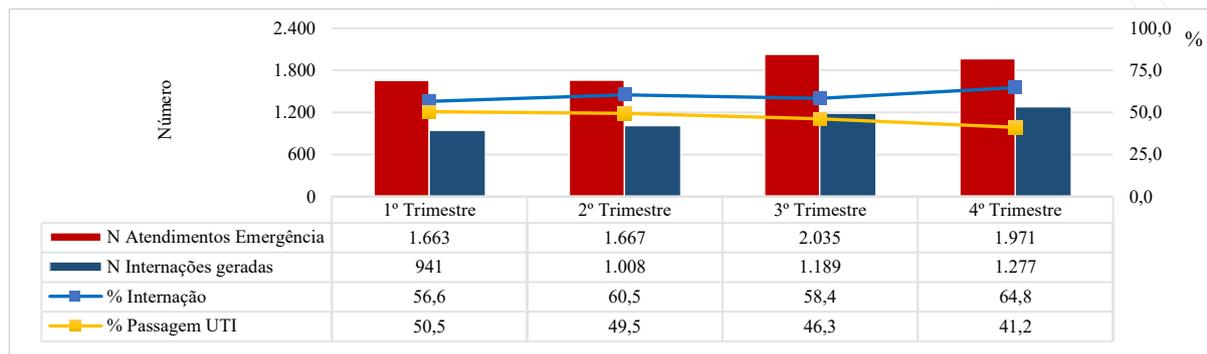
**Gráfico 70:** Internamentos da Clínica Médica – HS- Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na análise dos atendimentos de urgência e emergência ao longo do Ano 13, nota-se a crescente produção aliada a altas Taxas de conversão para internamento, atingindo valor de 64,8% no último trimestre (gráfico 71). Já dos atendimentos ambulatoriais, foram internados 23 pacientes.

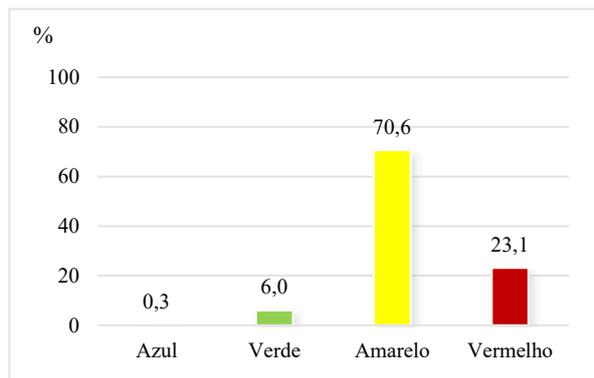
**Gráfico 71:** Internamentos gerados a partir dos atendimentos na Emergência pela Clínica Médica - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

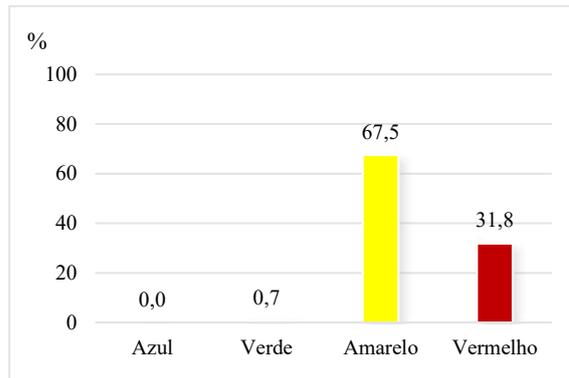
Nos gráficos 72 e 73 estão demonstradas as distribuições dos atendimentos na Emergência Adulto e dos internamentos realizados pela Clínica Médica, de acordo com o protocolo de Classificação de Risco. Pode-se observar que 93,7% dos atendimentos e 99,3% dos internamentos foram de pacientes com os riscos Amarelo ou Vermelho, o que corrobora com o perfil de urgência e emergência do hospital e de maior risco.

**Gráfico 72:** Atendimentos por Classificação Risco – Ano 13



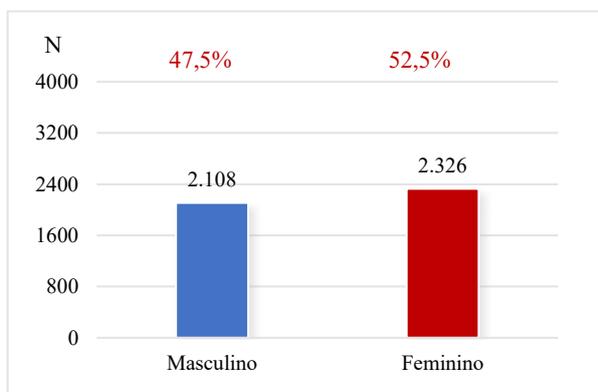
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 73:** Internamentos por Classificação Risco – Ano 13



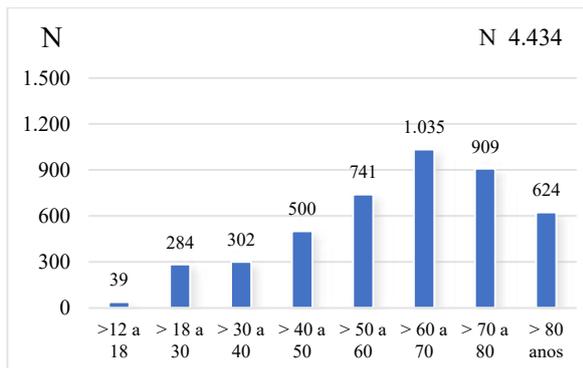
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 74:** Internações clínicas por sexo - HS - Ano 13

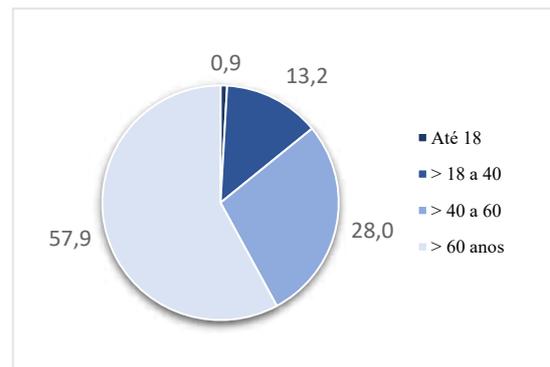


Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na avaliação do perfil demográfico dos 4.434 pacientes clínicos internados no Ano 13, conforme demonstrado nos gráficos 74 a 76, houve diferença quanto a distribuição por sexo, com predomínio do feminino, com 2.326 pacientes (52,5%). A Média de Idade foi de 61,6 anos, com mediana de 64 anos e 57,9% tinham mais de 60 anos, caracterizando uma população de idosos.

**Gráfico 75:** Internações por faixa etária – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 76:** Internações por grupo etário – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dentre os principais motivos de admissão, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, com 43%, seguidas das doenças do aparelho respiratório (11,8%) e geniturinário (10,6%), conforme demonstrado na tabela 39. Ressalta-se que dentre elas estão incluídas as doenças cerebrovasculares e as cardiovasculares.

Na avaliação dos perfis nosológicos por faixas etárias, pode-se observar diferenças marcantes, justificáveis pela prevalência das patologias que sofrem influência com a idade, como foi o caso das doenças do aparelho circulatório, que aumentou de modo progressivo, passando de 22,9% na faixa até 40 anos para 46,5% na faixa acima de 60 anos.

**Tabela 39:** Perfis Nosológicos das internações de pacientes clínicos por faixa etária – HS – Ano 13

Grupo Nosológico	Até 40 anos	>40 a 60 anos	>60 anos	Geral
Doenças do aparelho circulatório	143 (22,9%)	570 (45,9%)	1.194 (46,5%)	1.907 (43,0%)
Doenças do aparelho respiratório	59 (9,4%)	114 (9,2%)	352 (13,7%)	523 (11,8%)
Doenças do aparelho geniturinário	101 (16,2%)	132 (10,6%)	239 (9,3%)	470 (10,6%)
Doenças infecciosas e parasitárias	80 (12,8%)	91 (7,3%)	262 (10,2%)	435 (9,8%)
Doenças do aparelho digestivo	39 (6,2%)	81 (6,5%)	177 (6,9%)	297 (6,7%)
<b>Total</b>	<b>625 (14,1%)</b>	<b>1.241 (28,0%)</b>	<b>2.568 (57,9%)</b>	<b>4.434 (100%)</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na avaliação do tempo de internação dos pacientes inseridos na Linha Clínica, a Média de Permanência foi de 12,3 dias, com Mediana de 8 dias. Ressalta-se, porém, que além do próprio perfil nosológico das condições clínicas que levaram a internação, alguns fatores influenciaram este resultado, incluindo o grande percentual de pacientes que necessitaram de terapia intensiva, visto em 41,2% a 50,5% dos casos procedentes da Emergência (gráfico 71). Ao serem excluídos os pacientes que tiveram admissão em UTI, a Média de Permanência reduz para 7,6 dias e a Mediana para 6 dias.

Outros fatores que devem ser considerados são a demanda de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos ou externos, como cateterismo cardíaco e cirurgia cardíaca, e a dificuldade de desospitalização de pacientes renais que apenas aguardam matrícula em serviços ambulatoriais de terapia dialítica.

Diante da prevalência das doenças cerebrovasculares no contexto institucional e de sua morbimortalidade, em julho de 2015 foi implantada a “**Linha de Cuidado do Paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)**”. Esta tem o racional de olhar para o paciente com suspeita de AVC desde o seu atendimento inicial até o processo de desospitalização e encaminhamento para reabilitação, conforme demanda. Tem uma visão multidisciplinar integrada, com definição de marcadores de processos que impactam na efetividade do resultado (a exemplo da Taxa de Adequação da Terapia Trombolítica), assim como nos seus indicadores de desempenho, que vem sendo analisados, com ciclos de melhoria contínua.

A busca do aprimoramento na formação e capacitação profissional é meta estratégica do Hospital do Subúrbio. Neste contexto, a Clínica Médica disponibiliza programa de Residência Médica, credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e oferece campo de estágio para o Internato. A estratégia adotada de ensino faz parte do esforço para a formação de um profissional imbuído nos valores éticos, humanos, de integralidade no cuidado e centrado na pessoa.

## 9.2 LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE COM AVC

As doenças cerebrovasculares são uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida em todo o mundo. No Brasil, estatísticas indicam o AVC como a principal causa de óbito na população adulta e como o motivo diagnóstico em 10% das internações em hospitais públicos. A permanência de altas taxas de morbimortalidade, apesar dos avanços no tratamento da fase aguda, denota que existem problemas substanciais, tanto na instituição de terapias específicas, quanto no cuidado assistencial, incluindo nas estratégias de prevenção primária e secundária do evento.

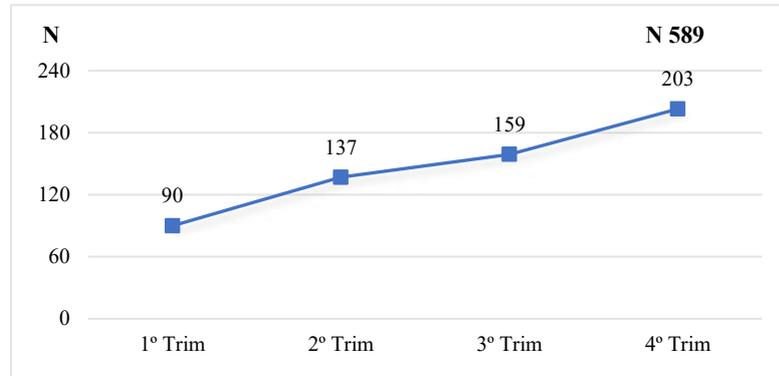
Desta forma, a partir do entendimento que a implantação de diretrizes clínicas num olhar sistêmico e integrado, durante toda a jornada do paciente na instituição, é fundamental para a melhoria da qualidade assistencial, o HS estruturou a **Linha de Cuidado do Paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. Os diversos processos foram revisados, com inserção de novos protocolos clínicos e de segurança, e os papéis e responsabilidades da equipe multidisciplinar foram definidos, numa cadeia de valor centrada no paciente.

A Linha de Cuidado do paciente com AVC foi implantada no Hospital do Subúrbio em 01 de julho de 2015, com o objetivo de um atendimento integrado e contínuo, favorecendo o reconhecimento precoce, tratamento e reabilitação, contribuindo para a reintegração do paciente ao seu convívio social.

No Ano 13, como demonstrado previamente no tópico 3.2.3 (tabela 18), as doenças cerebrovasculares foram os principais motivos de internamento no hospital, com 872 pacientes, o que

representou 7,2% das internações em adultos. Deste total, 589 casos foram inseridos na Linha de Cuidado do paciente com AVC isquêmico (67,6%). Os demais casos foram de hemorragias intra-parenquimatosas ou subaracnóideas. No gráfico 77 está demonstrado o número de casos de AVC isquêmico por trimestre, ao longo do ano, com crescente valor.

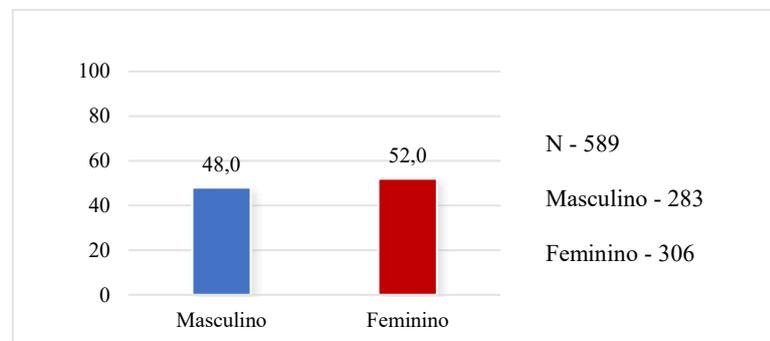
**Gráfico 77:** Número de pacientes com AVC Isquêmico por trimestre – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

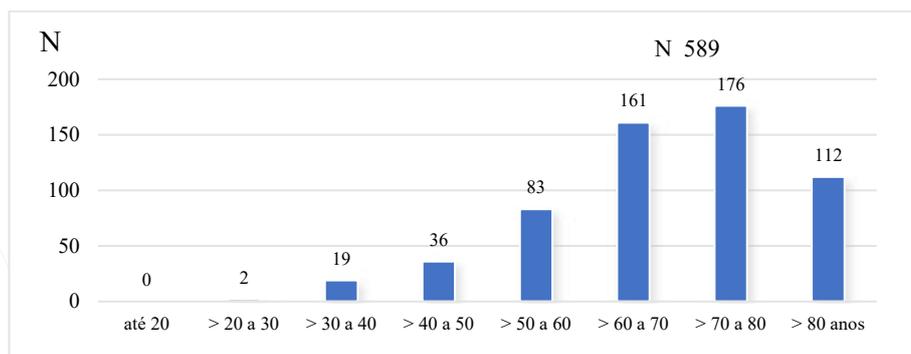
Os gráficos 78 e 79 mostram a distribuição dos pacientes com AVC isquêmico de acordo com o sexo e faixa etária, respectivamente, onde se verifica coerência com o observado a nível populacional. Houve o predomínio do sexo feminino, com 306 casos (52%), e as faixas etárias acima de 60 anos predominaram, com 449 casos (76,2%), refletindo um perfil de pacientes idosos.

**Gráfico 78:** Distribuição dos pacientes com AVC isquêmico por sexo – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

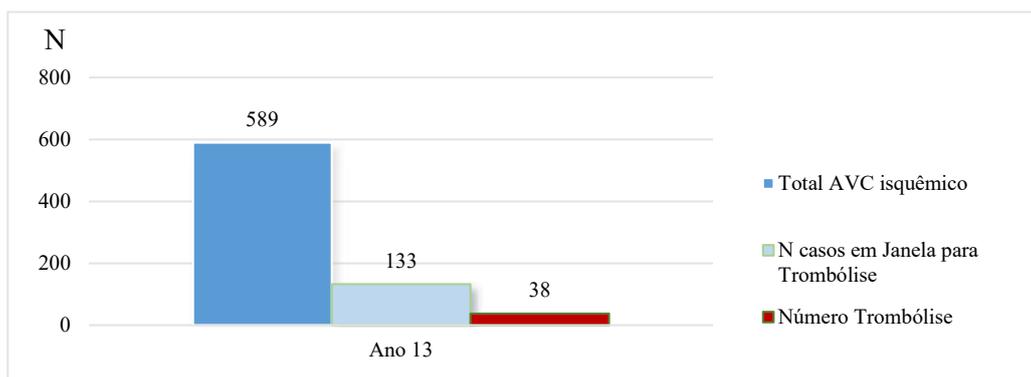
**Gráfico 79:** Distribuição dos pacientes com AVC isquêmico por faixa etária – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dos 589 pacientes com AVC isquêmico no último ano, conforme gráfico 80, foram submetidos à terapia trombolítica 38 casos (6,5%), valor compatível com os dados de literatura. Alguns fatores estão associados a baixa taxa de uso desta terapia, sendo o principal o tempo de chegada do paciente na instituição em relação ao início dos sintomas. Ou seja, a grande maioria dos pacientes não chegam na janela de tempo para o uso, considerada até 4,5 horas. No Hospital do Subúrbio chegaram nesta janela 133 pacientes (22,6%), representando uma Taxa de Trombólise de 28,6% nestes casos.

**Gráfico 80:** Número de pacientes com AVC Isquêmico e de trombólises – HS – Ano 13

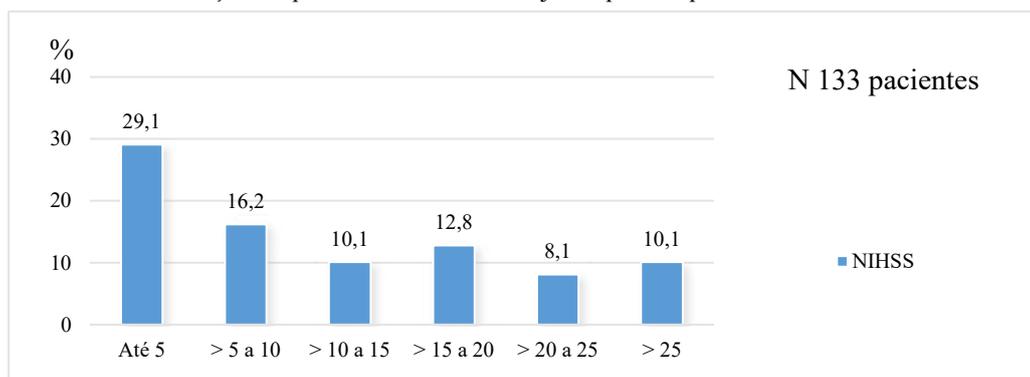


Fonte: Sistema Informatizado – HS

Entretanto, deve-se observar ainda a presença de critérios que possam contraindicar esta terapia, que incluem a hipertensão não controlada, hiperglicemia acima de 400 mg/dl, uso de anticoagulantes, coagulopatias (RNI acima de 1,7, TTPa elevado ou plaquetas < 100 mil), história recente de trauma intracraniano ou cirurgia de grande porte, entre outros. Além disto, outros fatores importantes devem ser considerados quanto ao risco e benefício, como o grau do déficit neurológico, visto através da escala de AVC do *National Institutes of Health* (NIHSS) com valor superior a 25 ou inferior a 5; e achados tomográficos precoce de hipodensidade em pelo menos um terço do território da artéria cerebral média.

O gráfico 81 mostra a distribuição dos 133 pacientes com AVC isquêmico de acordo com as faixas do NIHSS, considerando os que chegaram à instituição na janela de tempo preconizado para o uso de trombolítico. Nota-se que 10,1% apresentaram pontuação acima de 25 e 29,1% abaixo de 5 pontos.

**Gráfico 81:** Distribuição dos pacientes com AVC I em janela para terapia trombolítica – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A Tabela 36 mostra a Média de Permanência e Mediana dos pacientes com AVC isquêmico no período, com valores de 9,4 e 6,0 dias, respectivamente. No entanto, houve marcante diferença considerando os desfechos de alta e óbito, justificáveis pela gravidade e extensão da lesão cerebral. Assim, houve maior duração da internação nos pacientes que evoluíram para óbito, caracterizando um perfil com maior gravidade clínica e risco, com sequelas neurológicas e alta dependência.

**Tabela 40:** Permanência hospitalar dos pacientes com AVC Isquêmico – HS – Ano 13

AVC Isquêmico	Ano 13		
	Alta	Óbito	Geral
Número pacientes	521	68	589
Média de Permanência (dias)	8,7	15,0	9,4
Mediana de Permanência (dias)	5,7	14,4	6,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Vários fatores interferem no prognóstico funcional do paciente com AVC, dentre eles, o tipo, a extensão e localização da lesão. Sabe-se que sua recuperação segue uma curva ascendente, com pico entre 3 e 6 meses após o episódio, alcançando de 85 a 90% do possível entre 12 e 18 meses.

O processo assistencial do paciente com AVC isquêmico, estruturado como linha de cuidado, mediante uma abordagem sistêmica, coordenada e multidisciplinar, promove intervenções precoces e eficazes. Deste modo, a linha demonstra efetividade e contribui para a reintegração do paciente na sociedade, com melhor qualidade de vida.

## 10 LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE CIRÚRGICO

### 10.1 ASPECTOS GERAIS

O Hospital do Subúrbio vem sedimentando um modelo de assistência à saúde que busca oferecer um atendimento integral e de qualidade, centrado nas necessidades dos pacientes e na valorização das pessoas. Assim, com o objetivo de aprimorar a qualidade assistencial, tornando-a mais efetiva e eficiente, a instituição definiu uma estrutura de governança clínica em linhas do cuidado nas grandes áreas assistenciais: Clínica, Cirúrgica e Pediátrica.

A Linha de Cuidado do paciente cirúrgico foi implantada em março de 2017 e teve como objetivo principal aprimorar a assistência através de condutas padronizadas e protocolos, com o envolvimento de profissionais que assistem o paciente em todas as etapas de sua estadia no hospital. Deste modo, a equipe atua na emergência, unidades intensivas, unidades de internação, nas cirurgias e no ambulatório, o que favorece a continuidade do cuidado e a percepção mais precoce da resposta terapêutica do paciente frente as terapias instituídas.

Na Emergência, em plantão mínimo de 12 horas diurnas, um médico cirurgião geral da equipe é o responsável pelo gerenciamento da linha cirúrgica no setor, avaliando os pacientes e estabelecendo as condutas da cirurgia geral, em conjunto com os médicos plantonistas. Também realiza a supervisão dos pacientes das demais especialidades cirúrgicas, apoiando nos casos mais complexos. É o médico de referência da linha para a equipe multiprofissional e para os residentes.

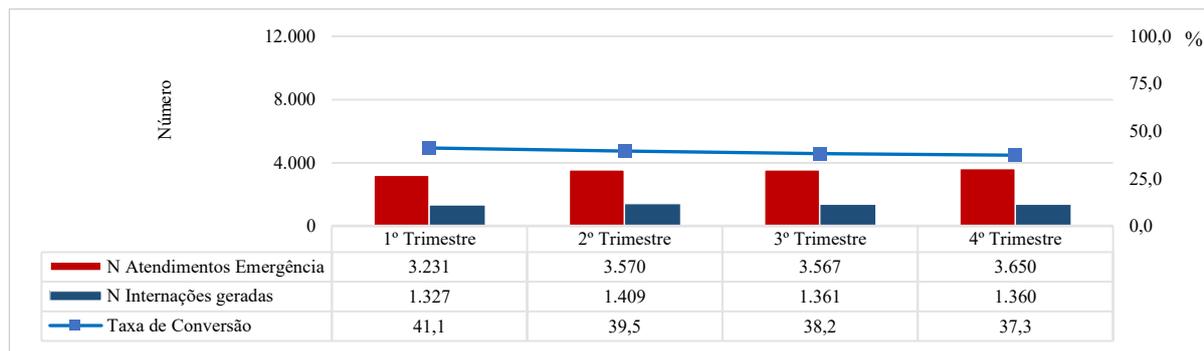
No Ano 13, considerando todas as especialidades cirúrgicas, ocorreram 14.018 atendimentos de urgência e emergência (52,6%), 28.291 atendimentos no ambulatório (92,2%) e 8.795 internamentos hospitalares (60,9%), sendo 5.457 gerados na Emergência e 3.338 no Ambulatório (tabela 41). Assim, nota-se a grande demanda de atendimentos na linha cirúrgica, com altas taxas de conversão.

**Tabela 41:** Atendimentos e Internações geradas pelas especialidades cirúrgicas – HS – Ano 13

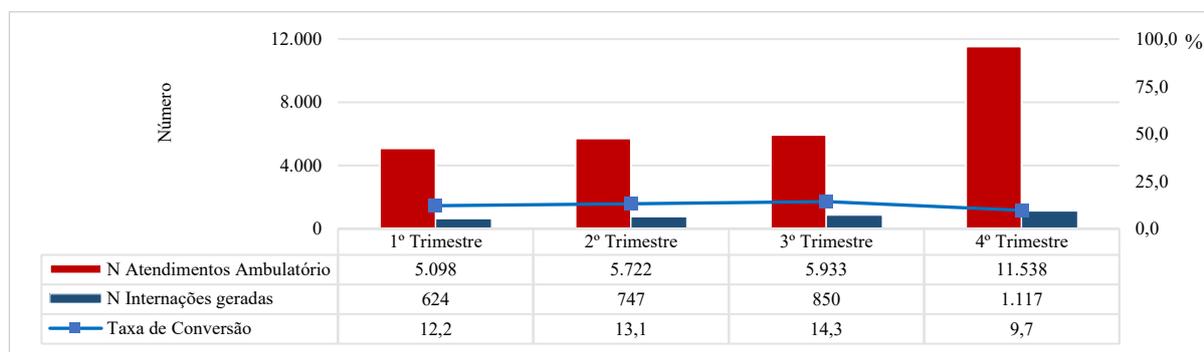
	Emergência			Ambulatório		
	Atendimentos	Internamentos Gerados	Taxa de Conversão	Atendimentos	Internamentos Gerados	Taxa Conversão
Total	26.675	11.077	41,5%	30.677	3.367	11,0%
Especialidades Cirúrgicas	14.018 (52,6%)	5.457 (49,3%)	38,9%	28.291 (92,2%)	3.338 (99,1%)	11,8%

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Ao longo do último ano, o comportamento trimestral dos atendimentos de urgência e emergência e no ambulatório é demonstrado nos gráficos 84 e 85. Chama atenção o aumento significativo da produção ambulatorial, atingindo 11.538 atendimentos e 1.117 internações geradas no 4º trimestre, embora com menor taxa de conversão. Este fato é justificado pela incorporação de consultas para pacientes regulados pelo Sistema de Lista Única.

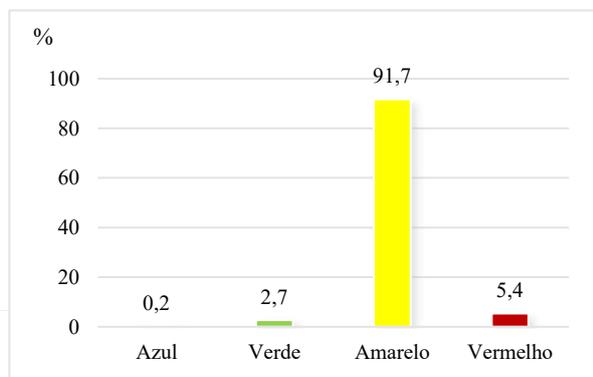
**Gráfico 84:** Internamentos gerados pelas Clínicas Cirúrgicas a partir dos atendimentos na **Emergência** - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

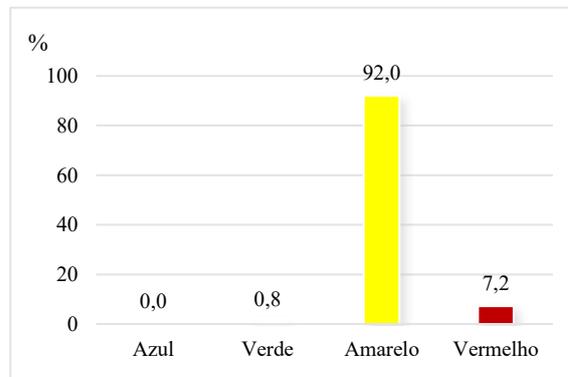
**Gráfico 85:** Internamentos gerados pelas Clínicas Cirúrgicas a partir dos atendimentos no **Ambulatório** - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na Emergência, como demonstrado nos gráficos 86 e 87, as distribuições dos atendimentos de urgência e emergência e dos internamentos gerados pelas especialidades cirúrgicas, de acordo com a Classificação de Risco, mostram que 97,1% dos atendimentos e 99,2% dos internamentos foram de pacientes com risco Amarelo ou Vermelho. Isso corrobora com o perfil de urgência e emergência do hospital e com as altas taxas de conversão observadas.

**Gráfico 86:** Atendimentos por Classificação Risco – Ano 13

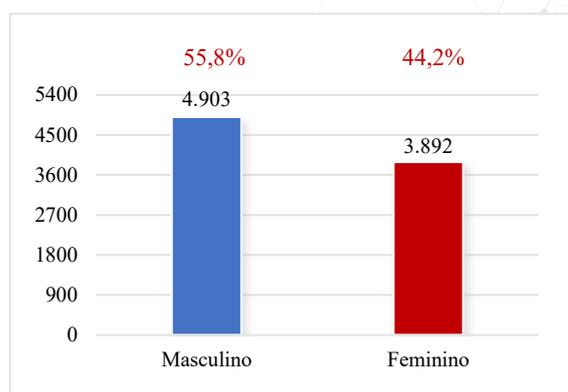
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 87:** Internamentos por Classificação Risco – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

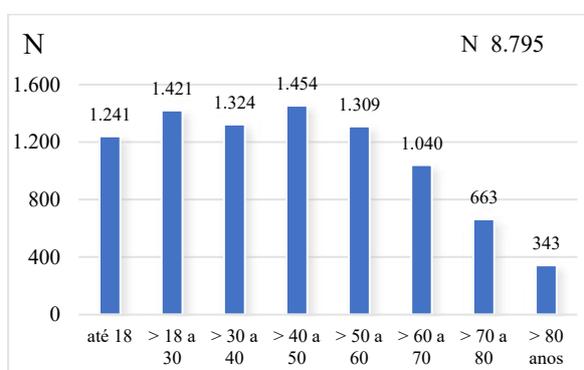
Na avaliação do perfil demográfico, dos 8.795 pacientes cirúrgicos internados no Ano 13, conforme demonstrado nos gráficos 88 a 90, houve predomínio do sexo masculino, com 4.903 pacientes (55,8%). A Idade Média foi de 43,3 anos, com Mediana de 43 anos. Pode-se observar que 31,2% tinham entre 18 e 40 anos e 31,4% entre 40 e 60 anos. Estes dados refletem a maior exposição ao trauma nos pacientes mais jovens e do sexo masculino.

**Gráfico 88:** Internações cirúrgicas por sexo - Ano 13



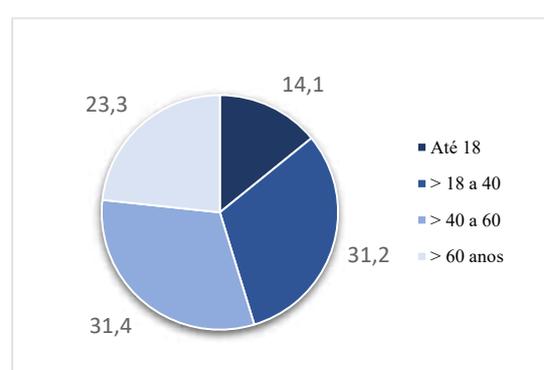
Fonte: Sistema Informatizado - HS

**Gráfico 89:** Internações por faixa etária – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 90:** Internações por grupo etário –Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 42 mostra os principais grupos de perfis nosológicos por faixa etária nas internações cirúrgicas, ocorridas no Ano 13. Nota-se que as causas externas predominaram como motivo do internamento em todas as faixas etárias e as doenças do aparelho digestivo foram igualmente frequentes. Já as doenças do aparelho circulatório apresentaram maior proporção acima dos 60 anos, como seria esperado diante da prevalência das doenças cerebrovasculares e arteriais periféricas em idosos.

**Tabela 42:** Perfis Nosológicos das internações de pacientes cirúrgicos por faixa etária – HS – Ano 13

Grupo Nosológico	Até 40 anos	>40 a 60 anos	>60 anos	Geral
Causas Externas	1.885 (47,3%)	790 (28,6%)	673 (32,9%)	3.351 (38,1%)
Doenças do aparelho digestivo	785 (19,7%)	624 (22,6%)	415 (20,3%)	1.829 (20,8%)
Doenças do aparelho geniturinário	638 (16,0%)	611 (22,1%)	260 (12,7%)	1.513 (17,2%)
Doenças do aparelho circulatório	24 (0,6%)	58 (2,1%)	108 (5,3%)	194 (2,2%)
<b>Total</b>	<b>3.986 (45,3%)</b>	<b>2.763 (31,4%)</b>	<b>2.046 (23,3%)</b>	<b>8.795 (100%)</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Os resultados assistenciais da linha cirúrgica como um todo e nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Neurocirurgia são apresentados na tabela 43. Nota-se diferenças significativas, justificadas pelo próprio perfil demográfico e nosológico dos pacientes internados. Assim, a Média de Permanência geral foi de 6 dias, com Mediana de 3 dias, sendo maior na Neurocirurgia, com Média de 10,5 dias e Mediana de 6 dias. Já a Taxa de Mortalidade foi de 2,8%, com valores maiores na Cirurgia geral e Neurocirurgia. Passagem por UTI foi vista em 10,4% dos casos, sendo um fator associado a maior gravidade clínica.

**Tabela 43:** Características e resultados assistenciais das internações de pacientes cirúrgicos – HS – Ano 13

	Cirurgia Geral	Ortopedia	Urologia	Neurocirurgia	Total
Número Internações	3.920	2.782	1.271	188	<b>8.795</b>
Idade Média (dias)	48,1	37,5	45,6	51,6	<b>43,3</b>
Mediana Idade (dias)	46,0	36,0	45,0	54,0	<b>43,0</b>
Sexo Masculino (%)	50,7	58,7	58,0	63,3	<b>55,8</b>
Procedência Emergência (%)	77,2	50,3	34,8	62,8	<b>62,1</b>
Cirurgias (%)	63,5	91,0	85,9	72,3	<b>76,9</b>
Passagem UTI (%)	14,8	3,9	2,8	39,9	<b>10,4</b>
Média Permanência (dias)	5,9	6,5	3,1	10,5	<b>6,0</b>
Mediana Permanência (dias)	3,0	5,0	2,0	6,0	<b>3,0</b>
Taxa de Mortalidade (%)	4,9	0,8	0,6	4,3	<b>2,8</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Como parte integrante da Linha de Cuidado do paciente cirúrgico, diante do perfil nosológico predominante na instituição, seguindo a vocação assistencial e acadêmica do Hospital do Subúrbio, em um esforço conjunto e multidisciplinar dos seus diversos profissionais e com o apoio decisivo do seu corpo diretivo, desde 2015, foi implantada a “**Linha de Cuidado do Paciente Politraumatizado**”. A sistematização do atendimento ao paciente, desde sua chegada até o momento da alta hospitalar, promoveu maior eficácia na comunicação e padronização de condutas, na busca do melhor resultado para o paciente. A linha ocorre sob espírito de equipe coordenado por um líder, o cirurgião geral, cuja função é garantir o atendimento ao paciente, de acordo com os protocolos previamente estabelecidos. No item 10.3 deste Capítulo, estão descritos os dados relativos a esta Linha de Cuidado do Ano 13.

## 10.2 ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Para uma melhor análise do desempenho das especialidades cirúrgicas no Ano 13, a seguir serão demonstrados os comportamentos das produções das diversas especialidades, considerando o

quantitativo de atendimentos de urgência e emergência e no Ambulatório, as respostas de interconsultas e os procedimentos cirúrgicos realizados.

### 10.2.1 Ortopedia e Traumatologia

O Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HS tem como objetivo o atendimento integral do paciente portador de trauma ortopédico. Busca realizar o atendimento inicial fazendo o diagnóstico das afecções ortopédicas, aplicar o tratamento definitivo (cirúrgico ou conservador), acompanhar o paciente até a consolidação das fraturas e reabilitação funcional através do Ambulatório e efetuar procedimentos secundários, se necessários, durante o seguimento do paciente.

A equipe se divide entre plantões de emergência e atividades nas alas de internação e no Ambulatório, além de realizar os procedimentos cirúrgicos. Vale salientar que a especialidade sofreu reestruturação, com a incorporação de um médico clínica para o acompanhamento dos pacientes internados nas enfermarias, que aliado ao Serviço de Anestesiologia e a Agência Transfusional na busca de redução do tempo pré-operatório, promoveu melhoria nos indicadores quantitativos e qualitativos, a exemplo do aumento no número de atendimentos e de procedimentos cirúrgicos, redução da média de permanência e da mortalidade.

No Ano 13, foram 3.622 atendimentos realizados pela especialidade na Emergência e 15.172 no Ambulatório, conforme tabela 44, correspondendo a 13,6% e 49,5% do total de atendimentos nestes setores, respectivamente. Ressalta-se o crescente número de atendimentos ocorridos após o período da pandemia de Covid-19, especialmente em relação as consultas ambulatoriais, que aumentaram em 36,5% em relação ao Ano 12. O número de interconsultas foi 18,5% a mais, com 2.281 no último ano.

**Tabela 44:** Quantitativo de atendimentos da Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	7.797	11.568	10.114	10.039	11.510	9.703	9.959	10.986	12.141	8.490	2.883	2.584	3.622
Média dia	21,4	31,7	27,7	27,5	31,5	27,9	26,1	30,1	33,3	23,3	7,9	7,1	9,9
<b>Ambulatório</b>													
Total	4.896	8.367	9.837	9.005	9.678	10.320	11.399	11.445	10.348	8.002	6.891	11.114	15.172
<b>Interconsultas</b>													
Total	1.872	2.790	2.995	3.264	3.773	2.925	3.557	2.591	3.105	2.019	1.468	1.925	2.281
Média dia	5,1	7,6	8,2	8,9	10,3	8,0	9,3	7,1	8,5	5,5	4,0	5,3	6,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, conforme tabela 45, foram realizados 3.314 no décimo terceiro ano do hospital, representando 27,9% do total. Houve predominante em pacientes adultos, com 2.540 procedimentos (76,7%).

**Tabela 45:** Procedimentos cirúrgicos da Ortopedia e Traumatologia – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Adulto	1.628	1.968	1.980	2.196	2.921	2.946	3.047	3.008	2.727	2.756	2.333	2.433	2.540
Pediátrico	332	440	430	370	472	484	481	541	490	496	584	676	774
Total	1.960	2.408	2.410	2.566	3.393	3.430	3.528	3.549	3217	3.252	2.917	3.109	3.314
Média dia	5,4	6,6	6,6	7,0	9,3	9,4	9,2	9,7	8,8	8,9	8,0	8,5	9,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 46 mostra os principais procedimentos cirúrgicos ortopédicos realizados no décimo terceiro ano do hospital.

**Tabela 46:** Principais procedimentos da Ortopedia e Traumatologia – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Retirada de fio ou pino intra-osseo	317
Tratamento cirúrgico de fratura diafisária única do rádio ou ulna	168
Tratamento cirúrgico de fraturas da diáfise da tíbia	161
Retirada de placas e/ou parafusos	152
Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade distal antebraço	151
Tratamento cirúrgico de fratura bi e trimaleolar, luxação tornozelo	143
Amputação / desarticulação de dedo	134
Tratamento cirúrgico de fraturas transtrocantéricas	114
Tratamento cirúrgico de fratura supracondiliana do úmero	109

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Numa estratégia de formação e desenvolvimento de pessoas, a partir de 2014, o HS iniciou a residência médica própria em Ortopedia, disponibilizando quatro vagas por ano. A pesquisa vem também sendo fomentada.

### 10.2.2 Cirurgia Geral

O Serviço de Cirurgia Geral, ao longo dos anos vem mantendo a qualidade no atendimento de urgência e emergência à população e segue na aptidão da educação de jovens estudantes e formação de novos cirurgiões, congregando-os em torno da observação e seguimento dos preceitos da “Cirurgia Segura”.

Conta com a participação de médicos especialistas em Cirurgia Geral, atuando em regime de plantão na urgência e emergência, responsáveis pelo atendimento inicial do paciente, reavaliações e procedimentos cirúrgicos, conforme demanda. Além disto, em visitas às enfermarias e unidades intensivas, conta com médicos diaristas, que acompanham os pacientes, discutem com os médicos

residentes e estudantes de graduação, e definem o Plano Terapêutico, num modelo assistencial estruturado como Linha de Cuidado.

No Ano 13, conforme a tabela 47, foram 8.014 pacientes atendidos de urgência e emergência pela Cirurgia Geral (30% do total de atendimentos no setor) e 6.102 no Ambulatório (19,9% do total), representando a segunda especialidade cirúrgica em número de atendimentos nos dois setores. A tabela também mostra o número de respostas de interconsultas realizadas pela especialidade ao longo dos treze anos, com 1.690 no último ano.

**Tabela 47:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia Geral – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	5.273	7.201	7.825	7.539	8.939	8.824	9.463	9.391	10.880	7.752	4.119	6.112	8.014
Média dia	14,5	19,7	21,4	20,7	24,5	24,2	24,8	25,7	29,8	21,2	11,3	16,7	22,0
<b>Ambulatório</b>													
Total	1.237	1.678	1.667	1.838	1.707	1.414	2.297	2.254	2.643	2.068	2.109	3.293	6.102
<b>Interconsultas</b>													
Total	2.099	3.075	3.109	3.002	3.322	2.866	2.879	2.394	2.476	1.965	1.968	1.947	1.690
Média dia	5,8	8,4	8,5	8,2	9,1	7,9	7,5	6,6	6,8	5,4	5,4	5,3	4,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, foram realizados 2.939 no Ano 13 (tabela 48), representando 24,7% do total. Vale salientar que o aumento na quantidade de procedimentos realizados, atingindo pico médio de 8,1 por dia nos anos 8 e 9, ocorreu junto com a implantação da Linha do Cuidado do paciente cirúrgico, e foi aliada a uma melhor gestão dos processos relacionados. A redução observada após este período pode ser justificada pela restrição imposta pela pandemia de Covid-19, referentes as cirurgias programadas a partir do atendimento ambulatorial em pacientes egressos. No último ano ocorreu o retorno da produção cirúrgica pela especialidade.

**Tabela 48:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Geral – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	1.478	2.025	1.905	1.934	2.212	2.097	2.901	2.953	2.949	2.701	2.450	2.527	2.939
Média dia	4,1	5,6	5,2	5,3	6,1	5,8	7,6	8,1	8,1	7,4	6,7	6,9	8,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 49 demonstra os principais procedimentos cirúrgicos realizados pela Cirurgia Geral. Foram prevalentes as abordagens por videolaparoscopias e laparotomias, indicadas para o tratamento de diversas condições nosológicas, seja por abdômen agudo inflamatório, obstrutivo ou hemorrágico, este

último associado aos traumas abdominais, corroborando com o perfil institucional de urgência e emergência.

Vale ressaltar o tratamento cirúrgico das patologias de vesícula, vias biliares e pâncreas e o tratamento das apendicites. Em ambos, à abordagem via laparoscópica foi a mais utilizada, favorecendo para um menor tempo de internação destes perfis nosológicos na instituição.

**Tabela 49:** Principais procedimentos da Cirurgia Geral - HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Colecistectomia videolaparoscópica	608
Laparotomia exploradora	329
Apendicectomia videolaparoscópica	203
Toracostomia com drenagem pleural fechada	107
Hernioplastia inguinal/crural	161
Hernioplastia umbilical	160
Enteroanastomose	104
Enterectomia	99
Videolaparoscopia	80

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Paralelamente às atividades assistenciais, o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Subúrbio, mantendo seu compromisso com a educação continuada e pesquisa, vem desenvolvendo trabalhos científicos, com apresentação em Congressos, incluindo o Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e no *XXIX Panamerican Congress of Trauma Critical Care and Emergency Surgery*. Neste último, recebeu o prêmio do melhor trabalho na categoria geral: “*Factors related to mortality in subjects admitted to the Red Wave Protocol*”.

### 10.2.3 Urologia

A Urologia do Hospital do Subúrbio tem como objetivo prestar assistência de urgência e emergência de forma plena, com responsabilidade e qualidade. Funciona em regime de plantão diurno por 12 horas e sobreaviso noturno. O plantonista faz o atendimento na Emergência e no Ambulatório, acompanha os pacientes internados e realiza as cirurgias de urgência e emergência, além das cirurgias programadas.

A tabela 50 mostra o número de atendimentos realizados pela especialidade ao longo dos treze anos do hospital, com aumento expressivo, diante também do direcionamento de pacientes pela Central Estadual de Regulação (CER). A redução dos atendimentos observada no Ano 11, e que já mostrou retomada, decorreu do cenário da pandemia por Covid-19.

No último ano, o número de atendimentos na Emergência e Ambulatório apresentou significativo aumento em relação ao Ano 12, representando crescimentos de 51,1% e 98,2%, respectivamente.

**Tabela 50:** Quantitativo de atendimentos da Urologia – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	996	1.345	1.037	596	546	298	281	470	889	864	567	744	1.124
Média dia	2,7	3,7	2,8	1,6	1,5	0,8	0,7	1,3	2,4	2,4	1,6	2,0	3,1
<b>Ambulatório</b>													
Total	578	988	1.406	1.281	1.387	1.065	805	982	1.844	1.475	1.380	1.625	3.221
<b>Interconsultas</b>													
Total	1.212	1.873	1.680	1.618	1.497	1.564	1.711	1.845	2.333	1.628	932	1.237	1.974
Média dia	3,3	5,1	4,6	4,4	4,1	4,3	4,5	5,1	5,6	4,5	2,6	3,4	5,4

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, nota-se que também houve aumento progressivo ao longo dos anos, atingindo média de 5 procedimentos por dia nos anos 9 e 10 (tabela 51). Após uma pequena redução observada no Ano 11, a produção cirúrgica cresceu 33% no último ano, com 2.288, acompanhando a demanda dos atendimentos pela especialidade.

**Tabela 51:** Procedimentos cirúrgicos da Urologia – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	809	983	1.167	1.087	1.196	1.198	1.113	1.359	1.819	1.808	1.599	1.721	2.288
Média dia	2,2	2,7	3,2	3,0	3,3	3,3	2,9	3,7	5,0	5,0	4,4	4,7	6,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 52 mostra os principais procedimentos urológicos realizados, onde o tratamento de calculose renal ou de hidronefrose prevaleceram. Assim, realizada por via endoscópica, predominou a instalação de cateter duplo J, cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho, ureterolitotripsia e ureterolitotomia.

Ao longo do tempo o Serviço de Urologia do HS se tornou referência estadual em urgências e emergências urológicas, destacando-se pela presteza, agilidade na resolução das urgências, qualidade da assistência e resolutividade.

**Tabela 52:** Principais procedimentos da Urologia – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Instalação endoscópica de cateter duplo J	813
Cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho da bexiga	494
Ureterolitotomia	334
Ureterolitotripsia transureteroscópica	298
Cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretoscopia	110
Orquiectomia / orquidopexia unilateral	93
Litotripsia	34

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.4 Cirurgia Plástica

A Cirurgia Plástica é constituída por 03 especialistas, que dar apoio as demais especialidades (cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, vascular e clínica médica) na reparação de defeitos traumáticos, nas rotações de retalhos para fechamento de lesões e no cuidado de pacientes com lesões de pele por pressão, incluindo a realização de desbridamentos. Os pacientes após a alta são acompanhados no Ambulatório até a finalização do tratamento.

Conforme evidenciado na tabela 53, foram 303 interconsultas solicitadas e 144 atendimentos no Ambulatório, que para a especialidade é destinado apenas para pacientes egressos da instituição.

**Tabela 53:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia Plástica – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Ambulatório</b>													
Total	-	295	429	429	465	409	407	433	340	291	146	247	144
<b>Interconsultas</b>													
Total	402	541	657	575	643	557	549	381	425	395	405	431	303
Média dia	1,1	1,9	1,8	1,6	1,8	1,5	1,4	1,0	1,2	1,1	1,1	1,2	0,8

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, conforme demonstrado na tabela 54, pode-se observar expressivo aumento até o sexto ano, com redução progressiva posterior, atingindo o valor de 583 no último ano, o que representa uma média de 1,6 procedimentos por dia. Em geral foram desbridamentos cirúrgicos, enxertias de pele, rotação de retalhos, reconstrução após trauma de pálpebras, orelha, lábio, etc. A tabela 55 mostra os principais procedimentos realizados pela especialidade no último ano.

**Tabela 54:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Plástica – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	454	669	712	739	1.014	1.231	1.168	979	886	754	660	631	583
Média dia	1,2	1,8	2,0	2,0	2,8	3,4	3,1	2,7	2,4	2,1	1,8	1,7	1,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 55:** Principais procedimentos da Cirurgia Plástica – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Desbridamento de úlcera/tecidos desvitalizados	470
Microneurólise de nervo periférico	51
Enxerto dermo-epidérmico	19
Excisão e sutura de lesões com plástica em Z/ rotação de retalho	14

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.5 Neurocirurgia

Para o atendimento de urgência e emergência, o Serviço de Neurocirurgia funciona com um médico plantonista de 12 horas durante o dia e sobreaviso noturno. Além disto, um médico diarista acompanha os pacientes internados, responde interconsultas e atende no Ambulatório.

A tabela 56 mostra a produção do serviço ao longo dos treze anos do hospital. Foram 248 atendimentos diretos da especialidade na Emergência no último ano (excluindo os atendimentos secundários), 1.198 no Ambulatório e 1.799 interconsultas.

Vale ressaltar que no final do terceiro ano estabeleceu-se uma nova sistemática de atendimento aos pacientes da Emergência, com o atendimento inicial passando a ser feito pela Cirurgia Geral e Clínica Médica, justificando a redução dos atendimentos primários da especialidade e o aumento das solicitações de interconsultas.

O aumento dos atendimentos de urgência e emergência observado no Ano 9 foi decorrente de pacientes regulados para a especialidade. Já a redução observada nos últimos anos ocorreu diante da restrição do acesso e pandemia por Covid-19. Ressalta-se que os atendimentos da especialidade geram habitualmente altas Taxas de Conversão para internamentos, inclusive em leitos de terapia intensiva.

No Ano 13 houve um crescimento de 93,8% dos atendimentos na Emergência em relação ao ano anterior, com Taxa de Conversão de 47,6%, como previamente referido no item 2.2.4. No entanto, o paciente neurocirúrgico reflete um perfil de maior gravidade e risco, com necessidade de cuidados integrados nos diversos processos assistenciais. Corrobora com isso a ocorrência de admissões em UTI, vista em 39,9% dos pacientes, e os resultados de tempo de permanência hospitalar e mortalidade, vistos na tabela 43.

**Tabela 56:** Quantitativo de atendimentos da Neurocirurgia – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	619	906	1.143	560	303	147	142	188	420	384	137	128	248
Média dia	1,7	2,5	3,1	1,5	0,8	0,4	0,4	0,5	1,2	1,1	0,4	0,4	0,7
<b>Ambulatório</b>													
Total	519	883	709	1.244	1.447	1.340	1.057	1.047	1.292	1.003	856	1.292	1.198
<b>Interconsultas</b>													
Total	1.624	2.671	3.398	3.757	4.699	3.539	3.386	2.911	2.900	1.765	1.626	2.140	1.700
Média dia	4,5	7,3	9,3	10,3	12,9	9,7	8,7	8,0	8,0	4,8	4,5	5,9	4,7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Quanto aos procedimentos cirúrgicos, destaca-se o seu aumento, conforme demonstrado na tabela 57, atingindo 954 no último ano. A tabela 58 mostra os principais procedimentos realizados pela neurocirurgia. Dentre eles, destacaram-se os implantes de derivação ventricular externa, cranioplastias, drenagens de hematomas, craniotomias descompressivas e tratamentos de fistulas liquóricas, corroborando com o perfil institucional de urgência e emergência.

**Tabela 57:** Procedimentos cirúrgicos da Neurocirurgia – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	366	394	534	582	691	802	724	595	721	542	504	671	954
Média dia	1,0	1,1	1,5	1,6	1,9	2,2	1,9	1,6	2,0	1,5	1,4	1,8	2,6

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 58:** Principais procedimentos da Neurocirurgia – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Tratamento cirúrgico de fistula liquórica craniana	106
Implante de derivação ventricular externa (DVE)	105
Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico	86
Cranioplastia	79
Microcirurgia para tumor intracraniano	65
Craniotomia descompressiva	48
Trepanação craniana para Implante de PIC	46
Trepanação para biópsia cerebral, drenagem abscesso, cisto	34
Implante Derivação ventricular interna	34

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.6 Cirurgia Vascular

A Cirurgia Vascular desde a sua formação em 2010 vem sendo modificado e ampliado. Além de plantão presencial de 12 horas na Emergência durante o dia, sobreaviso noturno e de diarista para avaliação dos pacientes internados e interconsultas, o serviço dispõe de método de imagem, com realização de *duplex scan* e atende no Ambulatório, para o seguimento de pacientes operados na unidade, e mais recentemente, incorporando a regulação pelo Sistema de Lista Única.

No décimo terceiro ano do HS, conforme demonstrado na tabela 59, ocorreram 224 atendimentos na Urgência e Emergência e 905 atendimentos no Ambulatório. O número de solicitações de interconsultas para a especialidade foi de 1.474 no último ano, que representou uma média de 4 por dia. Assim como as demais especialidades, embora em menor proporção, houve crescimento da produção no último ano, especialmente no Ambulatório.

**Tabela 59:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia Vascular – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	441	537	420	279	236	92	75	73	198	197	201	202	224
Média dia	1,1	1,5	1,2	0,8	0,7	0,3	0,2	0,2	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
<b>Ambulatório</b>													
Total	327	442	244	154	228	132	243	286	410	389	554	648	905
<b>Interconsultas</b>													
Total	749	1.348	1.415	1.450	1.662	1.383	1.616	1.404	1.739	1.515	1.163	1.332	1.474
Média dia	2,1	3,7	3,9	4,0	4,6	3,8	4,2	3,9	4,8	4,2	3,2	3,7	4,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 60 mostra o número de procedimentos cirúrgicos realizados pela Cirurgia Vascular ao longo dos treze anos do hospital, com 403 procedimentos no último ano. Dentre eles, prevaleceu as amputações e os implantes de cateteres vasculares, assim como as revascularizações, seja cirúrgica ou por via percutânea (tabela 61), refletindo o perfil dos pacientes atendidos, onde portadores de doença vascular periférica crônica agudizada e pé diabético superaram, nesta especialidade, os atendimentos ao trauma.

**Tabela 60:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Vascular – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	318	351	366	391	394	334	370	345	404	375	291	313	403
Média dia	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	0,8	0,9	1,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 61:** Principais procedimentos da Cirurgia Vascular – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Amputação / desarticulação de membros inferiores	182
Implante para cateter duplo lúmen para Hemodiálise	111
Amputação / desarticulação de pé e tarso	37
Revascularização cirúrgica de artérias de membros	19
Embolectomia arterial	20
Revisão Cirúrgica de coto de amputação em membro inferior	7

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.7 Cirurgia Torácica

A Cirurgia Torácica encontra-se presente no Hospital do Subúrbio desde sua fundação. O modelo assistencial adotado consiste no acompanhamento dos pacientes com moléstias torácicas que possam demandar alguma necessidade de abordagem cirúrgica. Também atua como suporte para as demais especialidades, especialmente na terapia intensiva, onde é responsável pelas traqueostomias. Assim, conforme a tabela 62, foram 766 solicitações de interconsultas no último ano.

**Tabela 62:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia Torácica – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Ambulatório</b>													
Total	-	73	88	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Interconsultas</b>													
Total	340	659	926	986	1.229	849	768	671	662	614	710	760	676
Média dia	0,9	1,8	2,5	2,7	3,4	2,3	2,0	1,8	1,8	1,7	2,0	2,1	1,9

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na tabela 63 está demonstrado o número de procedimentos cirúrgicos realizados, onde pode ser observado aumento nos últimos anos. Dentre eles, predominaram as traqueostomias, com 348 casos (tabela 64), geralmente indicada em pacientes neurológicos, que não protegiam as vias aéreas, ou em pacientes que necessitavam de suporte ventilatório mecânico por tempo prolongado, conforme elegibilidade definida em protocolo institucional.

**Tabela 63:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Torácica – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	233	162	224	205	241	349	364	380	348	336	376	459	388
Média dia	0,6	0,4	0,6	0,6	0,7	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,3	1,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 64:** Principais procedimentos da Cirurgia Torácica – HS – Ano 13

Descrição	Quantidade
Traqueostomia	273
Decorticação pulmonar	46
Videotoracoscopia	30
Biópsia de Pleura	25

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.8 Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

O Hospital do Subúrbio destaca-se no atendimento aos indivíduos que são acometidos por politrauma, comumente secundários aos acidentes automobilísticos, as agressões físicas, aos traumas ocasionados por armas de fogo ou armas brancas, aos acidentes esportivos ou acidentes ocasionais, como acidentes de trabalho ou quedas. Desta forma, a Cirurgia Bucomaxilofacial tem sua importância na composição da equipe de atendimento.

Atualmente, a especialidade atua em plantões presenciais na Emergência, atende consultas ambulatoriais, responde interconsultas e realiza os procedimentos cirúrgicos necessários.

Na tabela 65 está demonstrado o quantitativo de atendimentos ao longo dos treze anos, onde pode ser observada redução dos atendimentos na Emergência nos últimos anos, considerando o ajuste necessário ao perfil de atendimentos classificados como urgência e emergência. No atendimento da Emergência é feita a avaliação da lesão em face ou cavidade bucal e a indicação de tratamento. Também são realizados suturas e tratamento de traumas dento-alveolares.

**Tabela 65:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	1.223	1.756	1.072	748	563	248	75	122	186	101	7	6	47
Média dia	3,4	4,8	2,9	2,1	1,5	0,7	0,2	0,3	0,5	0,3	0,02	0,02	0,1
<b>Ambulatório</b>													
Total	401	332	504	493	687	577	380	470	401	242	114	208	336
<b>Interconsultas</b>													
Total	539	744	797	892	1.087	837	707	621	674	375	272	359	382
Média dia	1,5	2,0	2,2	2,4	3,0	2,3	1,9	1,7	1,9	1,0	0,8	1,0	1,1

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Nas tabelas 66 e 67 pode-se observar o número de procedimentos realizados ao longo dos anos, com 56 no último ano, e os procedimentos mais prevalentes.

**Tabela 66:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	75	95	148	112	164	148	93	73	95	80	32	55	56
Média dia	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 67:** Principais procedimentos da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Osteossíntese de fratura orbito-zigomático-maxilar	26
Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante	8
Redução cirúrgica de fratura dos ossos próprios do nariz	7
Osteossíntese de fratura osso zigomático	5
Osteossíntese de fratura complexa maxila	4

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 10.2.9 Cirurgia Pediátrica

A Cirurgia Pediátrica do Hospital do Subúrbio atua em todos os setores de atendimento pediátrico, desde a entrada do paciente na Emergência até seu acompanhamento ambulatorial pós-operatório como egresso. É constituída por especialistas que prestam assistência às patologias cirúrgicas incidentes nesta faixa etária, com seus variados níveis de complexidade, sejam nas urgências cirúrgicas torácicas, abdominais ou geniturinárias.

Desde a inauguração do hospital, a especialidade vem se destacando por sua produção. No entanto, no sétimo ano, o atendimento pela cirurgia pediátrica na Emergência passou a ocorrer geralmente após a avaliação da pediatria clínica, resultando numa redução do seu número. A partir do Ano 11 o atendimento voltou a ser primário no período diurno e sobreaviso noturno, o que levou ao aumento progressivo dos atendimentos, atingindo 737 no último ano (tabela 68).

No Ambulatório, assim como as demais especialidades, a cirurgia pediátrica aumentou sua produção com a incorporação das consultas pela regulação do Sistema de Lista Única. Foram 942 atendimentos, representando um crescimento de 122,7% nesta produção.

O aumento dos atendimentos na Emergência e Ambulatório refletiu na produção cirúrgica. Conforme a tabela 69, após a redução vista no contexto da pandemia de Covid 19, vem sendo observado crescimento progressivo do número de cirurgias pela especialidade, atingindo 839 no último ano. Dentre os principais procedimentos, apendicectomia videolaparoscópica e aberta prevaleceram (tabela 70). Também foram frequentes as drenagens torácicas e as instalações de cateteres.

**Tabela 68:** Quantitativo de atendimentos da Cirurgia Pediátrica – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Urgência e Emergência</b>													
Total	1.033	1.227	1.136	1.049	365	151	24	9	7	12	235	466	737
Média dia	2,8	3,4	3,1	2,9	1,0	0,4	0,1	0,03	0,02	0,03	0,6	1,3	2,0
<b>Ambulatório</b>													
Total	328	606	476	473	422	436	495	536	480	207	194	423	942
<b>Interconsultas</b>													
Total	292	685	616	649	571	144	577	183	624	453	178	246	355
Média dia	0,8	1,9	1,7	1,8	1,6	0,4	1,5	0,5	1,7	1,2	0,5	0,7	1,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 69:** Procedimentos cirúrgicos da Cirurgia Pediátrica – HS – Ano 1 a 13

Procedimentos Cirúrgicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Total	422	699	921	1.024	1.378	1.359	1.318	1.136	1.156	574	580	769	839
Média dia	1,2	1,9	2,5	2,8	3,8	3,7	3,5	3,1	3,2	1,6	1,6	2,1	2,3

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 70:** Principais procedimentos da Cirurgia Pediátrica – HS - Ano 13

Descrição	Quantidade
Apendicectomia videolaparoscópica	146
Implante cateter duplo lúmen por punção	120
Toracostomia com drenagem pleural fechada	108
Laparotomia exploradora	43
Apendicectomia	39
Hernioplastia inguinal / crural	33
Implante de cateter de longa permanência	28
Implante de cateter duplo lúmen na IRA	25
Hernioplastia umbilical	21

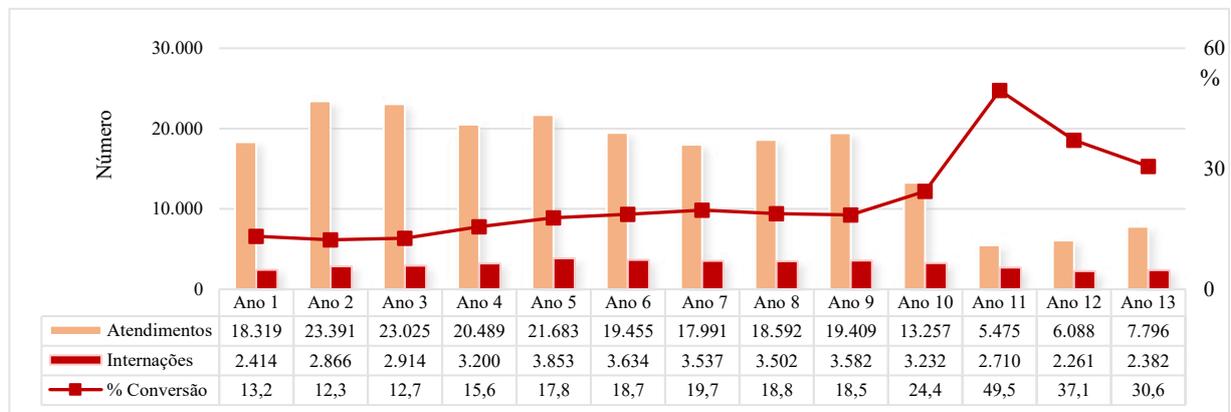
Fonte: Sistema Informatizado - HS

### 10.3 LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

A publicação oficial do Plano Municipal de Saúde (2014 – 2017) evidencia o trauma ocupando a segunda posição entre as causas de óbito proporcional em Salvador, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Mostra ainda o Subúrbio Ferroviário como um dos distritos de maior incidência, o que corrobora com os dados apresentados neste boletim, que demonstra as causas externas como principal motivo de atendimento e internação no HS (Capítulos 2 e 3). A explosão demográfica e o alto índice de violência que acomete a sociedade atual são fatores implicados, que reflete principalmente na população economicamente ativa e acarreta consequências de elevado custo social e financeiro.

No Hospital do Subúrbio, as causas externas representaram o principal perfil nosológico ao longo dos anos, tanto nos atendimentos, quanto nos internamentos. No gráfico 91, que mostra o número de atendimentos de urgência e emergência e internações geradas a partir destes, nota-se que a despeito da redução dos atendimentos ocorrido durante a pandemia de Covid-19, houve maior proporção de internações, com altas Taxas de Conversão, atingindo 49,5% no Ano 11. Este fato corrobora com a maior gravidade e complexidade dos pacientes atendidos, que requereram abordagens terapêuticas em estrutura terciária de serviços. No último ano, foram 7.796 pacientes atendidos, com Taxa de Conversão de 30,6%.

**Gráfico 91:** Atendimentos de urgência e emergência e Internações geradas - Causas Externas – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dentre as causas externas, o politrauma é uma condição clínica grave, onde funções vitais podem estar severamente comprometidas, com rápida evolução para desfechos desfavoráveis, inclusive o óbito. Sabe-se que a abordagem multiprofissional de forma integrada e ágil, no reconhecimento e tratamento das lesões, é essencial para a eficácia no atendimento inicial e impacta no resultado assistencial.

Neste contexto, em julho de 2015 a Linha de Cuidado do Paciente Politraumatizado foi implantada. Idealizada para proporcionar uma resposta rápida e eficaz para os pacientes traumatizados graves, a linha promoveu melhor comunicação entre as diversas categorias profissionais e entre os

processos estratégicos e de apoio, alinhando as ações conforme protocolos pactuados, buscando o melhor resultado possível para estes pacientes.

Desde então, num processo contínuo de gestão, a atuação da Linha de Cuidado do Paciente Politraumatizado foi ampliada. Assim, inicialmente, em julho de 2015, foi estruturado o Sistema Informatizado para o registro do Trauma no HS e implantado o Protocolo da Onda Vermelha para pacientes atendidos em choque circulatório. Em agosto de 2016, houve a ampliação do protocolo para os pacientes pediátricos e foram definidos os critérios de elegibilidade e as condutas para os pacientes não considerados como Onda Vermelha, distinguindo-se duas Rotas (Rota 1 e 2). Em outubro do mesmo ano, foi implantado o escore de gravidade (ISS) e a identificação das lesões traumáticas.

O HS optou pela utilização do Revised Trauma Score (RTS) na avaliação inicial do paciente que chega na instituição com politrauma. Trata-se de um sistema de escore fisiológico que demonstra acurácia em predizer o risco de óbito, considerando alguns parâmetros iniciais obtidos do paciente: Escala de Coma de Glasgow (GCS), Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Frequência Respiratória (FR).

Na tabela 71 está descrito este escore, sendo evidente que quanto menor o valor, mais grave e maior o risco do paciente. Valores de RTS menores que 4,0 tem sobrevida inferior a 60% e vem sendo proposto para a identificação de pacientes a serem atendidos em centros especializados em trauma.

**Tabela 71:** *Revised Trauma Score (RTS)*

Escala de Coma de Glasgow	Pressão Arterial Sistólica	Frequência Respiratória	Pontos
13 a 15	>89	10 a 29	4
9 a 12	76 a 89	>29	3
6 a 8	50 a 75	6 a 9	2
4 a 5	1 a 49	1 a 5	1
3	0	0	0

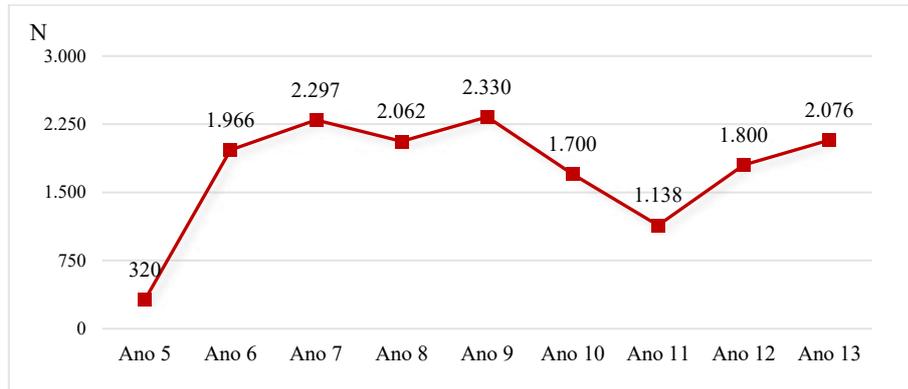
**RTS = 0,9368 GCS + 0,7326 PAS + 0,2908 FR**

**Fonte:** Champion HR et al, "Trauma Score", Crit Care Med 9:672-676, 1981

O RTS é utilizado como a ferramenta de identificação precoce do paciente adulto politraumatizado grave, direcionando condutas imediatas junto à equipe cirúrgica, laboratório e agência transfusional. Nos pacientes pediátricos, o escore utilizado é o PTS, que tem a mesma finalidade, mas com parâmetros diferenciados. Assim, o PTS considera o peso, via aérea, pressão arterial sistólica, nível de consciência, presença de fraturas e de ferimentos. Cada parâmetro pontua de 0 a 2, sendo mais grave quanto menor o valor.

No Ano 13, foram inseridos nesta Linha de Cuidado 2.076 pacientes, o que representou 26,7% dos pacientes atendidos na Emergência por causas externas. No gráfico 92 está demonstrado o número de casos da linha por ano, com progressivo aumento nos últimos anos, já atingindo valor semelhante ao período pré-pandemia.

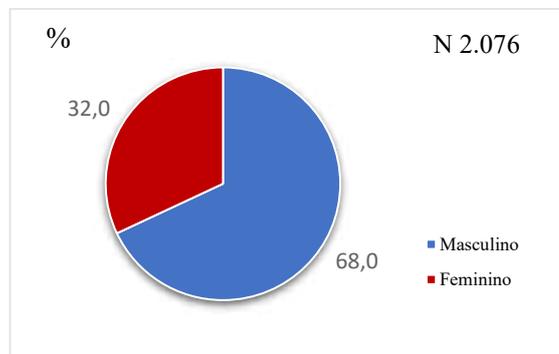
**Gráfico 92:** Pacientes inseridos na Linha de Cuidado do politraumatizado – HS – Ano 5 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

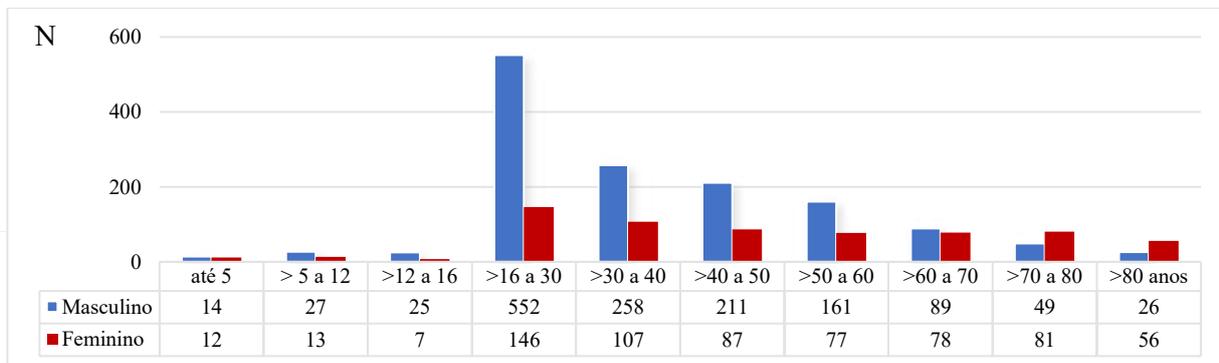
Na análise dos aspectos demográficos, predominou o sexo masculino, com 1.412 casos (68%) e 1.063 estavam tinham de 17 a 40 anos (51,2%), o que demonstra a maior exposição ao trauma neste perfil populacional (gráfico 93 e 94). No entanto, ressalta-se o predomínio do sexo feminino nas faixas etárias acima de 70 anos. Além disso, dos 664 casos em mulheres, 215 tinham idade acima de 60 anos (32,4%), enquanto que no homem esta relação foi de 11,6% (164 de 1.412 casos).

**Gráfico 93:** Distribuição dos pacientes politraumatizados por sexo – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

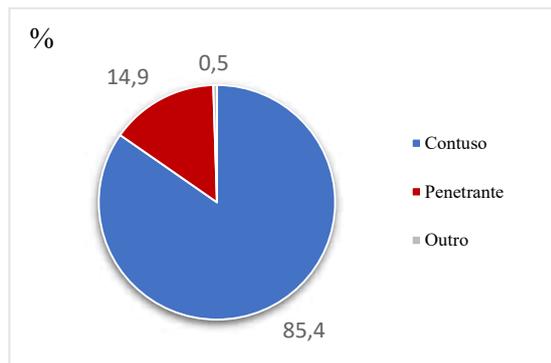
**Gráfico 94:** Distribuição dos pacientes politraumatizados por faixa etária – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

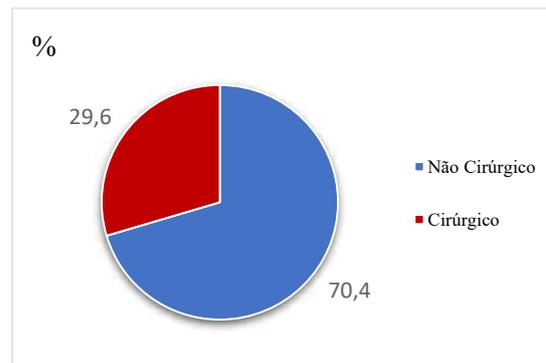
Quanto ao mecanismo de lesão, o principal foi o contuso, com 1.772 casos (85,4% dos pacientes). O trauma penetrante atingiu 310 pacientes, correspondendo a 14,9% (gráfico 95). Dentre os traumas contusos, conforme demonstrado na tabela 72, destacam-se as diversas quedas, com 785 casos (44,4%), e as colisões de moto, com 474 casos (26,8%). Já nos traumas penetrantes, prevaleceu os ferimentos por arma de fogo, com 211 casos (68,1%) e por arma branca, com 74 casos (23,9%), corroborando um perfil de pacientes mais jovens e do sexo masculino.

**Gráfico 95:** Distribuição dos pacientes por mecanismo do trauma - HS - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 96:** Distribuição dos pacientes por necessidade cirúrgica – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Tabela 72:** Distribuição dos pacientes por principais mecanismo do trauma – HS – Ano 13

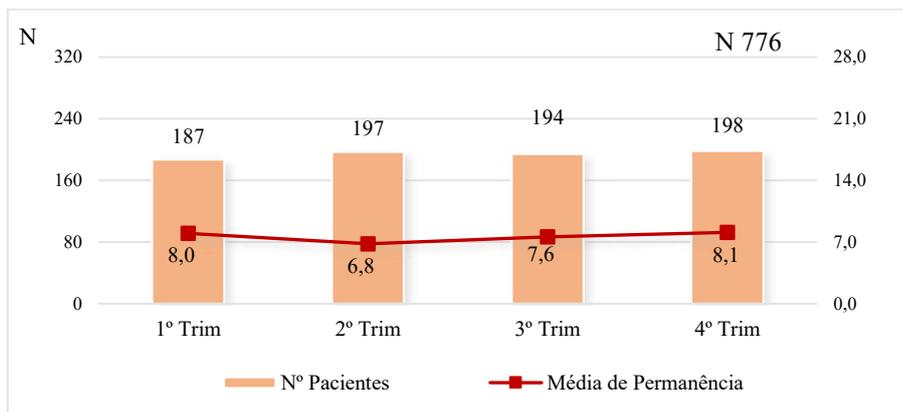
Traumas Contusos	N	%	Traumas Penetrantes	N	%
Colisão de moto	474	26,8	Arma de fogo	211	68,1
Queda outras de altura diversas	467	26,4	Arma branca	74	23,9
Queda da própria altura	318	18,0	Agressão física	10	3,2
Agressão física	254	14,4	Outros	28	9,0
Atropelo	115	6,5			
Colisão automóvel	95	5,4			
Bicicleta	28	1,6			
Outros	38	2,1			
<b>Total</b>	<b>1.772</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dos 2.076 casos incluídos nesta Linha de Cuidado, foram submetidos a procedimentos cirúrgicos 615 pacientes, correspondendo a 29,6%. No entanto, ao considerar este percentual em relação aos que foram internados, este valor passa a ser de 79,3% (615 de 776 pacientes). Ressalta-se a alta Taxa de Conversão para internamento, com 37,4%, inclusive em UTI, com 233 casos (30% dos internados).

No Ano 13, a Média de Permanência foi de 7,6 dias. No entanto, vários fatores influenciaram no tempo de permanência do paciente politraumatizado na instituição, incluindo o grau de comprometimento sistêmico e neurológico e a necessidade de intervenção cirúrgica. O gráfico 97 mostra o comportamento da Média de Permanência por trimestre, sendo observada variação de 6,8 a 8,1 dias, justificável diante da maior ou menor gravidade clínica.

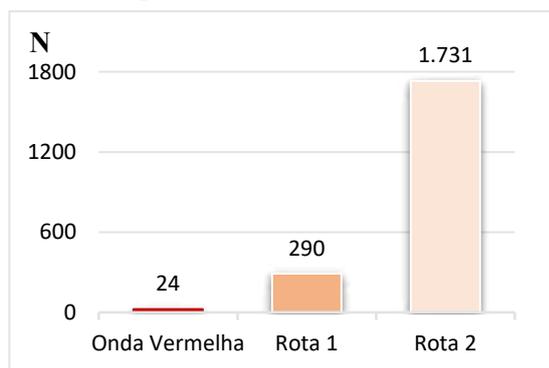
**Gráfico 97:** Número de Internações e Média de Permanência – Linha de Cuidado do Politraumatizado - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

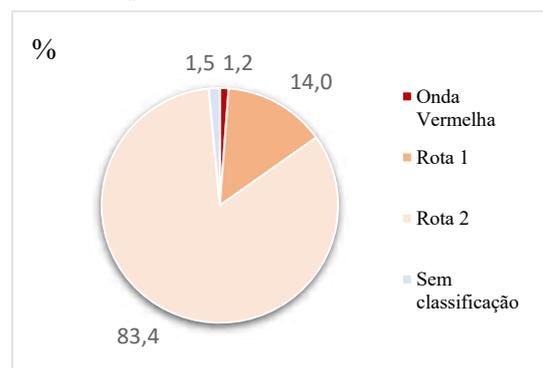
Na análise da Linha de Cuidado do Paciente Politraumatizado considerando o direcionamento do paciente na entrada no hospital, conforme os protocolos da Onda Vermelha, Rota 1 e Rota 2, pode-se observar que a maioria dos pacientes foi da Rota 2, com 1.731 casos (83,4%). Nos gráficos 98 e 99 estão demonstradas a distribuição destes pacientes. Na Rota 1 foram 290 pacientes inseridos (14%) e na Onda Vermelha foram 24 pacientes (1,2%).

**Gráfico 98:** Número de pacientes politraumatizados conforme os protocolos de direcionamento - HS - Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 99:** Percentual de pacientes politraumatizados conforme os protocolos de direcionamento - HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A identificação precoce e tratamento eficaz dos pacientes com choque hemorrágico foi o foco inicial da Linha de Cuidado do Paciente Politraumatizado, por ser a principal causa de óbito intra-hospitalar no trauma. Assim surgiu a Onda Vermelha, que foi desenvolvida para aprimorar a comunicação do serviço de emergência com outros processos, estratégicos e de apoio, e reduzir o tempo entre a chegada do paciente com hemorragia traumática grave e seu tratamento definitivo.

O acionamento da Onda Vermelha é feito através de uma campanha localizada na Sala Vermelha, produzindo alarme sonoro e visual no Centro Cirúrgico, Agência Transfusional e Laboratório, que devem cumprir os acordos pré-estabelecidos: preparo da sala operatória para chegada do paciente em até 15 minutos, incluindo materiais e medicamentos; coleta de amostra de sangue para exames laboratoriais em até 20 minutos e entrega de hemocomponentes para transfusão em até 20 minutos, conforme indicado.

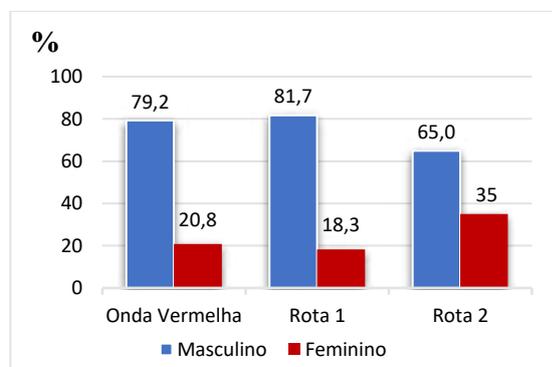
Posteriormente, foram definidas as Rotas 1 e 2 para o direcionamento da equipe no tratamento dos pacientes não considerados como Onda Vermelha, com metas de tempo para realização dos exames complementares, laboratoriais e de imagem, como também para a decisão médica.

Os critérios definidos para inserção dos pacientes na Rota 1 são: mecanismo de trauma grave; trauma penetrante em tórax, abdômen ou trajeto vascular; suspeita de lesão vascular; trauma craniano moderado e grave; trauma raquimedular com choque neurogênico; fratura de bacia ou fêmur. Para a Rota 2, os pacientes devem ter sofrido mecanismo de trauma leve, estarem conscientes e com estabilidade clínica.

Cada Rota segue um fluxo de ações estratégicas que diferem pelo tempo-resposta. A Rota 1 deve ter o tempo de laudo de exames de Bioimagem e de Laboratório em até 60 minutos, com a Decisão Médica em até 90 minutos. Para a Rota 2, os tempos de laudo de exames devem ocorrer em até 120 minutos e a Decisão Médica em até 240 minutos.

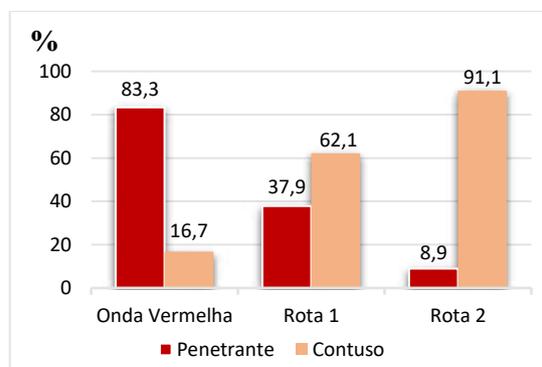
Nos gráficos 100 e 101 estão demonstradas as distribuições dos pacientes politraumatizados de acordo com o sexo e o mecanismo de trauma, respectivamente, nas diferentes rotas de direcionamento inicial. Houve predomínio do sexo masculino em todas. Quanto ao mecanismo de trauma, foram marcantes as diferenças, especialmente considerando a Onda Vermelha e a Rota 2, onde predominou o penetrante na Onda Vermelha, com 83,3%, e o contuso na Rota 2, com 91,1%.

**Gráfico 100:** Distribuição dos pacientes politraumatizados por sexo nas diferentes rotas – HS- Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 101:** Distribuição dos pacientes politraumatizados por mecanismo de trauma – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

A tabela 73 demonstra os principais indicadores relacionados à Linha de Cuidado do paciente politraumatizado por Rota de direcionamento definida no atendimento inicial. Ressalta-se que na Onda Vermelha, os 24 pacientes chegaram em estado grave e foram rapidamente encaminhados para o centro cirúrgico, conforme definido no protocolo. A Média de Permanência deste grupo foi de 7,3 dias e a Taxa de Letalidade de 25%.

Na Rota 1, foram 290 pacientes (14% dos casos), a maioria do sexo masculino (81,7%) e vítimas de trauma contuso (62,1%), conforme gráficos 100 e 101, Foram pacientes com quadros graves, muitos com traumas de crânio, sendo internados 227 deles (78,3%). A Média de Permanência hospitalar foi de 11 dias e a Taxa de Letalidade de 13,8%.

No mesmo período, 1.731 pacientes foram incluídos na Rota 2 (83,4%), também com maioria masculina (65%), embora em menor proporção. O trauma contuso predominou, sendo visto em 91,1% dos casos. Foram internados 523 dos casos (30,2%). A Média de Permanência deste grupo foi de 6,2 dias e a Taxa de Letalidade de 0,6%.

**Tabela 73:** Indicadores por Rotas de direcionamento da Linha de Cuidado do paciente politraumatizado – HS – Ano 13

Rotas	N pacientes	N e % Internações	N Óbitos	Taxa de Letalidade	Média de Permanência
Onda Vermelha	24	24 (100%)	6	25,0%	7,3 dias
Rota 1	290	227 (78,3%)	40	13,8%	11,0 dias
Rota 2	1.731	523 (30,2%)	11	0,6%	6,2 dias

Fonte: Sistema Informatizado / HS

O *Injury Severity Score* (ISS) é um índice de gravidade de trauma baseado nas lesões diagnosticadas (anatômico), que é complementar ao RTS ou PTS (fisiológicos). Em outubro de 2016, todo o paciente da Linha de Cuidado do paciente politraumatizado que necessitou internação passou a ter seu ISS registrado. Assim, tornou-se possível saber a área do corpo que foi lesionado, o órgão lesionado e a gravidade da lesão.

A experiência da instituição na condução dos pacientes politraumatizados no Protocolo da Onda Vermelha foi apresentada no *XXIX Panamerican Congress of Trauma Critical Care and Emergency Surgery*, sendo reconhecido pelos participantes e premiado como o melhor trabalho na categoria geral: “*Factors related to mortality in subjects admitted to the Red Wave Protocol*”.

## 11 LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE PEDIÁTRICO

### 11.1 ASPECTOS GERAIS

A pediatria do Hospital do Subúrbio tem os atendimentos distribuídos em três unidades distintas - Emergência, Terapia Intensiva e Internação. Em outubro de 2015, com a visão de propiciar uma maior integração e alinhamento entre estas unidades, num processo de cuidado contínuo, houve modificação do modelo assistencial, que passou a ser conduzido por uma única equipe, sob a liderança de um gestor médico e de enfermagem. Assim, foi iniciada a Linha de Cuidado do Paciente Pediátrico, que logo demonstrou efetividade nos resultados dos processos assistenciais e desfecho clínico.

No Ano 13, conforme demonstrado tabela 74, a Linha Pediátrica foi responsável por 27,6% dos atendimentos de urgência e emergência e 11,1% do Ambulatório, com Taxas de Conversão para internamento de 26,9% e 2,4%, respectivamente.

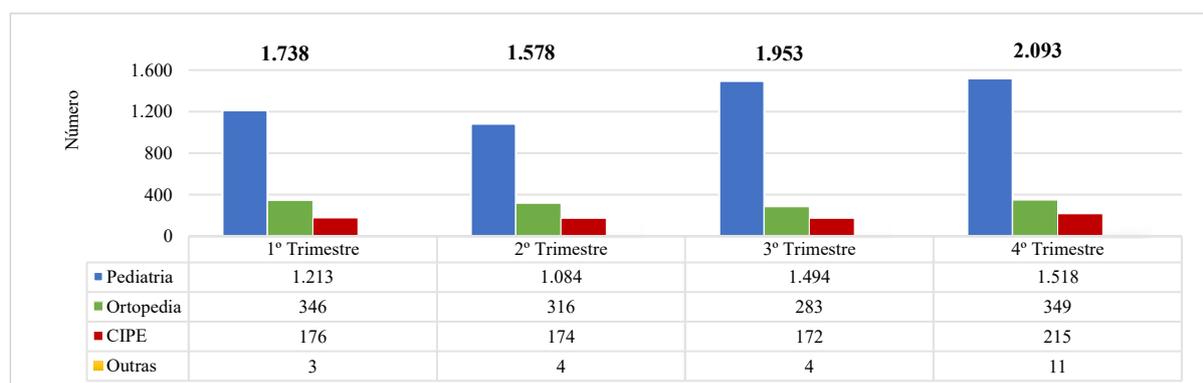
**Tabela 74:** Atendimentos e Internações geradas na Linha Pediátrica – HS – Ano 13

	Emergência			Ambulatório		
	Atendimentos	Internamentos Gerados	Taxa de Conversão	Atendimentos	Internamentos Gerados	Taxa Conversão
Total	26.675	11.077	41,5%	30.677	3.367	11,0%
Linha Pediátrica	7.362 (27,6%)	1.978 (17,9%)	26,9%	3.403 (11,1%)	80 (2,4%)	2,4%

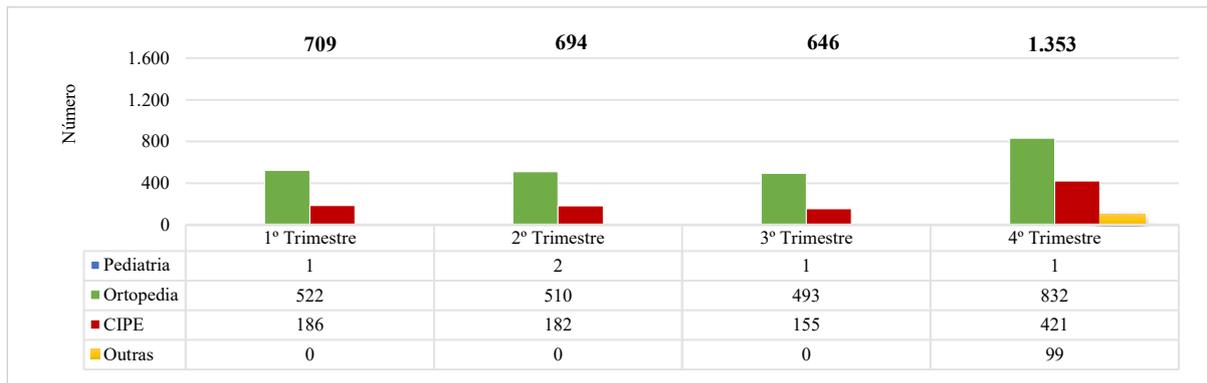
Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na Emergência, a pediatria clínica foi a especialidade mais frequente, com 5.309 atendimentos (72,1%), seguido da ortopedia, com 1.294 (17,6%), e cirurgia pediátrica, com 737 (10%). Já no Ambulatório, as especialidades cirúrgicas representaram 99,9% dos casos, onde a ortopedia prevaleceu, com 2.357 (69,3%), seguido da cirurgia pediátrica, com 942 (27,7%). Nos gráficos 102 e 103 estão demonstradas a produção pelas especialidades nos dois setores ao longo do Ano 13. Ressalta-se o marcante aumento das consultas ambulatoriais no último trimestre.

**Gráfico 102:** Número de atendimentos por especialidades médicas na **Emergência Pediátrica** - Ano 13

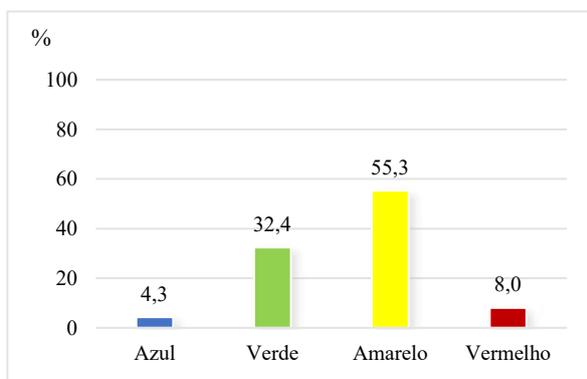


Fonte: Sistema Informatizado – HS

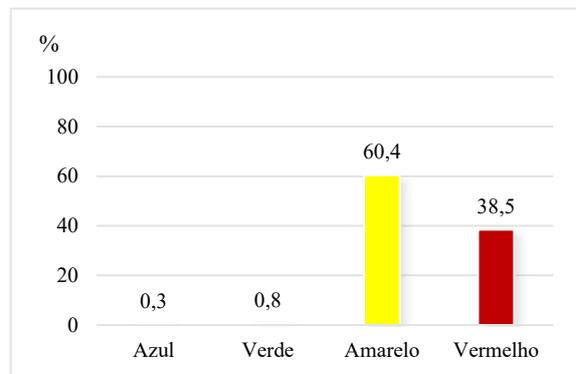
**Gráfico 103:** Número de atendimentos por especialidades médicas no **Ambulatório de Pediatria** - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

A distribuição dos atendimentos na Emergência Pediátrica e de seus internamentos gerados no último ano, de acordo com a classificação de risco obtida no acolhimento e triagem do paciente no momento de sua chegada ao hospital, mostra que 63,3% dos atendimentos e 98,9% dos internamentos foram de pacientes com risco Amarelo ou Vermelho (gráficos 104 e 105), o que corrobora com o perfil de urgência e emergência da instituição. As internações de pacientes com classificação de risco Azul (3 casos) e Verde (10 casos), embora mínima, é justificável devido ao perfil cirúrgico, especialmente relacionado aos traumas de extremidades.

**Gráfico 104:** Atendimentos por Classificação Risco – Ano 13

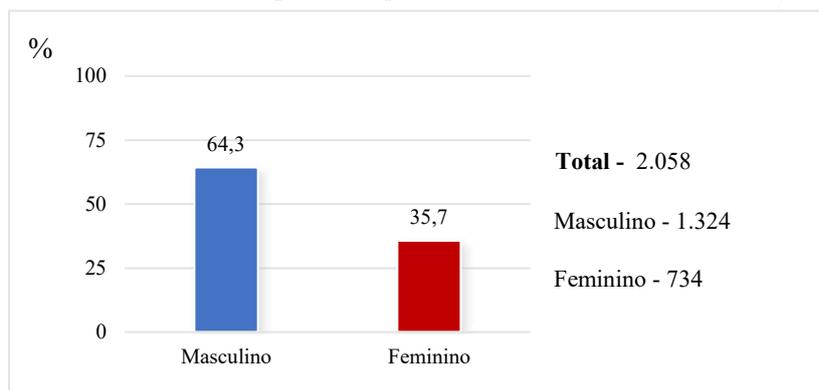
Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 105:** Internações por Classificação Risco – Ano 13

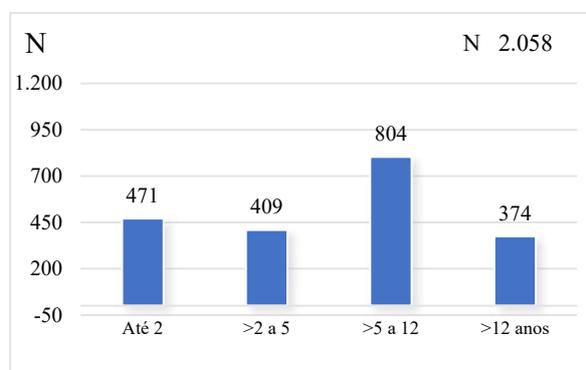
Fonte: Sistema Informatizado – H

Do total de atendimentos realizados na Linha Pediátrica, ocorreram 2.058 internamentos, sendo 1.978 oriundas da Emergência (96,1%) e 80 do Ambulatório (3,9%), como demonstrado na tabela 74. Ressalta-se que a Pediatria Clínica foi a especialidade responsável pelo maior número de internações, com 1.204 casos (58,5%).

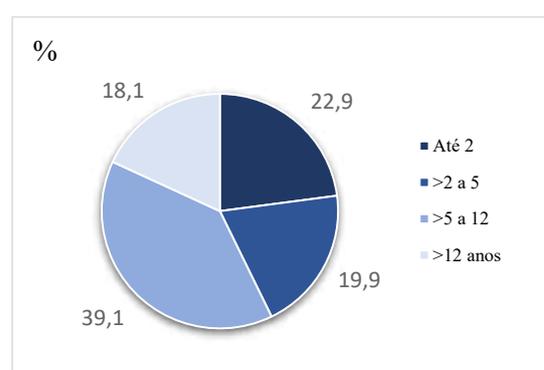
Na avaliação do perfil demográfico dos pacientes internados, conforme demonstrado nos gráficos 106 a 108, houve predomínio do sexo masculino, com 1.324 pacientes (64,3%). Já quanto idade, predominou a faixa entre 5 a 12 anos, com 804 pacientes (39,1%), seguida de até 2 anos, com 471 (22,9%).

**Gráfico 106:** Internações pediátricas por sexo – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 107:** Internações por faixa etária – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 108:** Internações por grupo etário – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Dentre os principais motivos de internação, destacaram-se as causas externas, com seus diversos tipos de traumas, as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, conforme previamente informado na tabela 75. Ressalta-se que na análise dos principais perfis nosológicos por faixa etária, houve diferenças marcantes, porém justificáveis diante da maior ou menor predisposição aos diferentes perfis apresentados. Assim, de um modo geral, as causas externas aumentaram com a idade e as doenças respiratórias reduziram.

**Tabela 75:** Perfis Nosológicos das internações de pacientes pediátricos por faixa etária – HS – Ano 13

Grupo Nosológico	até 2 anos	>2 a 5 anos	>5 a 12 anos	>12 anos	Geral
Causas Externas	46 (9,8%)	117 (28,6%)	308 (38,3%)	137 (36,6%)	608 (29,5%)
Doenças do aparelho respiratório	208 (44,2%)	129 (31,5%)	128 (15,9%)	16 (4,3%)	481 (23,4%)
Doenças do aparelho digestivo	75 (15,9%)	49 (12,0%)	146 (18,2%)	50 (13,4%)	320 (15,6%)
Doenças de pele e tecido subcutâneo	37 (7,9%)	33 (8,1%)	51 (6,3%)	31 (8,3%)	152 (7,4%)
Doenças infecciosas e parasitárias	26 (5,5%)	18 (4,4%)	35 (4,4%)	15 (4,0%)	94 (4,6%)
<b>Total</b>	<b>471 (22,9%)</b>	<b>409 (19,9%)</b>	<b>804 (39,1%)</b>	<b>374 (18,1%)</b>	<b>2.058 (100%)</b>

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na **UTI Pediátrica** atuam médicos especializados em Medicina Intensiva Pediátrica, entre plantonistas e diaristas, que juntamente com a equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e psicólogos, oferecem um cuidado integral aos pequenos pacientes.

No Ano 13, conforme antes demonstrado no Capítulo 5 (*item 5.1*, tabela 29), a unidade admitiu 683 pacientes. Destas internações, predominaram as doenças do aparelho respiratório, com 53,6%, seguidas das doenças infecciosas, com 9,1%, e das causas externas, com 8,5% (*item 5.2*, gráfico 62).

A unidade apresentou Média de Permanência de 5,1 dias (tabela 76), bem abaixo da meta institucional de 7 dias, que é justificável diante próprio perfil dos pacientes internados. No entanto, na análise deste indicador ao longo dos anos, pode-se observar redução do tempo em relação aos anos iniciais. Este fato ocorreu pelo acompanhamento do paciente pela mesma equipe médica, já conhecedora de suas necessidades, favorecendo a continuidade da assistência.

**Tabela 76:** Médias de Permanência e Taxas de Mortalidade na UTI Pediátrica – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Média Permanência (dias)	5,2	7,6	7,2	6,2	5,9	4,7	5,2	5,6	5,2	4,6	5,6	5,1	4,8
Taxa de Mortalidade (%)	8,2	7,7	9,0	9,6	6,3	5,2	5,2	4,4	4,0	5,8	6,2	4,7	2,0

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na tabela 76 também está demonstrado o comportamento da Taxa de Mortalidade Institucional da UTI Pediátrica, com valor de 2,0% no último ano, também com redução significativa.

A **Unidade de Internação Pediátrica** é a principal retaguarda da Emergência. No último ano, foram 2.375 internações no setor, conforme demonstrado no Capítulo 4 (*item 4.1*, tabela 21). Dentre os grupos de patologias mais prevalentes, destacaram-se os traumas, influenza e pneumonia e as doenças do apêndice (*item 4.2*, tabela 28).

O comportamento da Média de Permanência na internação pediátrica, conforme tabela 77, mostra queda progressiva ao longo dos anos, atingindo 4,1 dias no Ano 13. A Taxa de Mortalidade vem se mantendo baixa, com a ocorrência de uma ocorrência de óbito no último ano.

**Tabela 77:** Médias de Permanência e Taxas de Mortalidade na UI Pediátrica – HS – Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Média Permanência (dias)	5,2	5,3	6,6	6,0	5,1	4,1	4,3	4,0	4,3	4,5	4,7	4,4	4,1
Taxa de Mortalidade (%)	0,08	0,00	0,08	0,11	0,00	0,09	0,00	0,04	0,05	0,00	0,05	0,09	0,04

Fonte: Sistema Informatizado – HS

O resultado alcançado com a Linha de Cuidado do Paciente Pediátrico, refletido na melhoria assistencial, a exemplo da Média de Permanência e Mortalidade, inspirou a instituição à revisão do modelo assistencial junto às demais especialidades. Assim, foram estruturadas e implantadas as Linhas de Cuidado do paciente Clínico e Cirúrgico no decorrer do sétimo ano, conforme descritas nos Capítulos 9 e 10, num olhar sistêmico e integrado, favorecendo a comunicação e continuidade do cuidado.

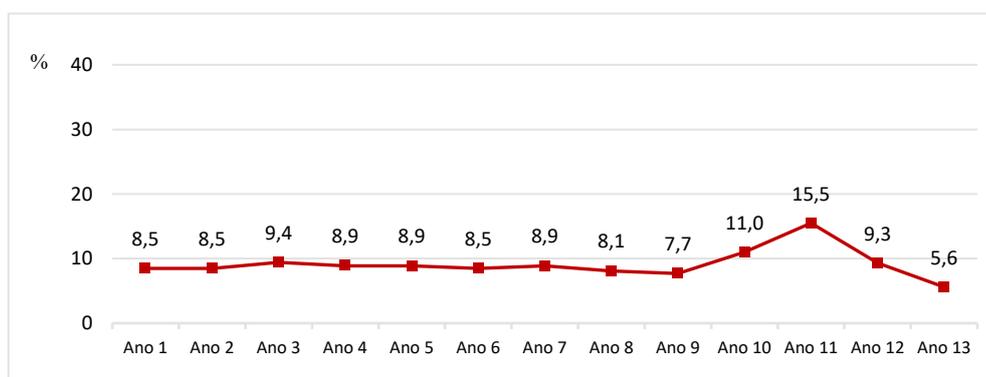
## 12 MORTALIDADE

A análise de mortalidade no ambiente hospitalar é uma importante ferramenta de avaliação do processo assistencial, pois possibilita a identificação de fragilidades no cuidado prestado aos pacientes, indicando estratégias para a melhoria da assistência.

No Hospital do Subúrbio, pacientes vítimas de traumas e com doenças já avançadas, com disfunções orgânicas múltiplas, são frequentes motivos de internação, e consequente correlação com o óbito. No entanto, a partir do Ano 10, conforme demonstrado no gráfico 109, a Taxa de Mortalidade Institucional apresentou significativo aumento, atingindo valor de 11% no Ano 10 e 15,5% no Ano 11. Este fato é justificado pela mudança do perfil institucional, que passou a ser referência para internação de pacientes com Covid-19, incorporando 118 leitos de terapia intensiva específicos. Ressalta-se a gravidade clínica deste perfil de pacientes, com altas taxas de suporte ventilatório mecânico, vasopressores e terapia dialítica.

No Ano 13, a mortalidade institucional reduziu de modo significativo, com valor de 5,6%, o que representou 39,8% a menos em relação ao ano anterior, o que corrobora com a melhoria da qualidade assistencial.

**Gráfico 109:** Taxa de Mortalidade Institucional – HS – Ano 1 a 13



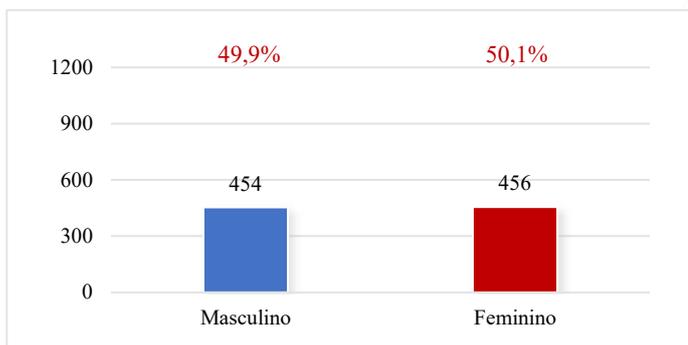
Fonte: Sistema Informatizado – HS

A seguir serão apresentadas algumas peculiaridades associadas a ocorrência de óbitos na instituição, incluindo o perfil demográfico, a correlação com o tempo de internamento, setor de ocorrência e o perfil nosológico. Diante da prevalência das internações por causas externas, também serão analisadas as características demográficas neste grupo de pacientes.

### 12.1 FAIXA ETÁRIA E SEXO

Na distribuição dos 910 óbitos por sexo não houve diferença significativa, conforme demonstrado no gráfico 110. Foram 454 do sexo masculino (49,9%) e 456 do feminino (50,1%). A Idade Média foi 66,3 anos, sendo de 63 anos no masculino e 70 anos no feminino.

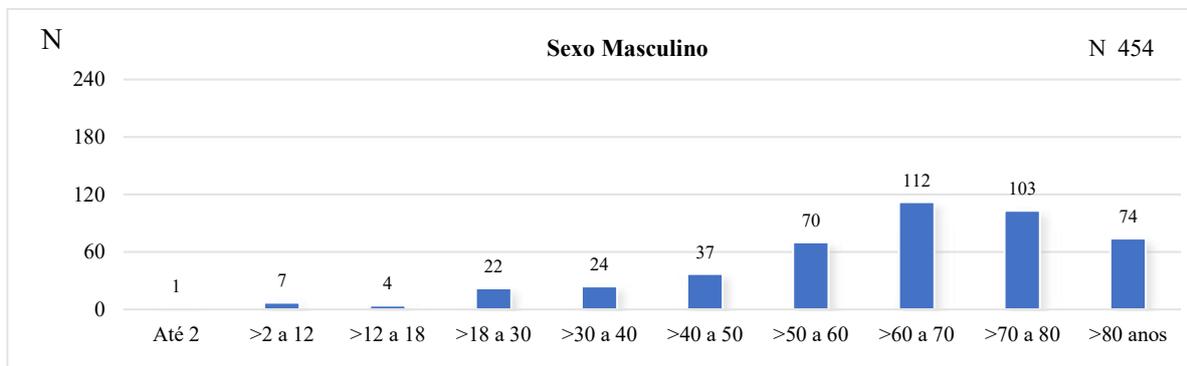
**Gráfico 110:** Distribuição dos óbitos por sexo – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

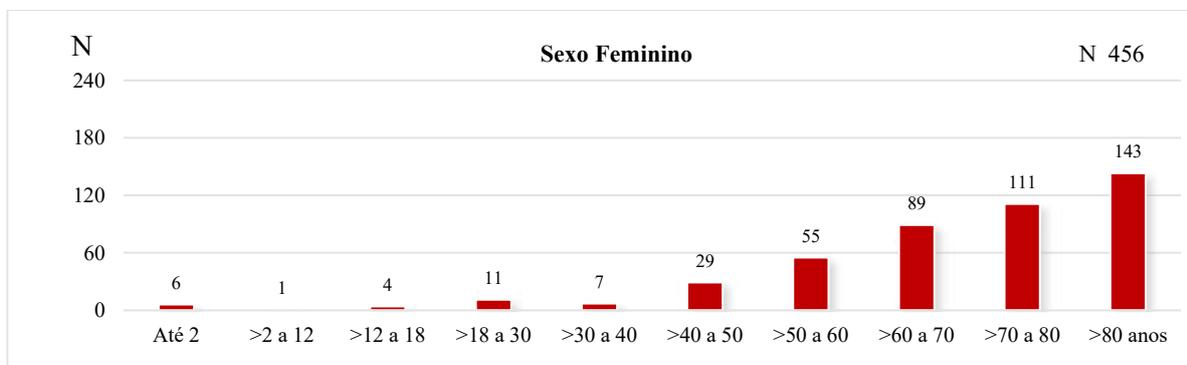
Na análise dos de óbitos por faixa etária e sexo, pode-se observar aumento com a idade, porém de forma diferenciada (gráficos 111 e 112). No sexo masculino houve maior número de casos em relação ao feminino nas faixas de idade mais jovens, que dentre os fatores possíveis de justificativa destaca-se a maior exposição ao trauma. Já no sexo feminino, o aumento foi progressivo, com pico de 143 casos na faixa etária acima de 80 anos (31,4%). Ressalta-se que 75,2% dos óbitos ocorreram em faixas acima de 60 anos no sexo feminino, em contraste com 63,7% no masculino (gráficos 113 e 114).

**Gráfico 111:** Distribuição dos óbitos do sexo masculino por faixa etária – HS – Ano 13

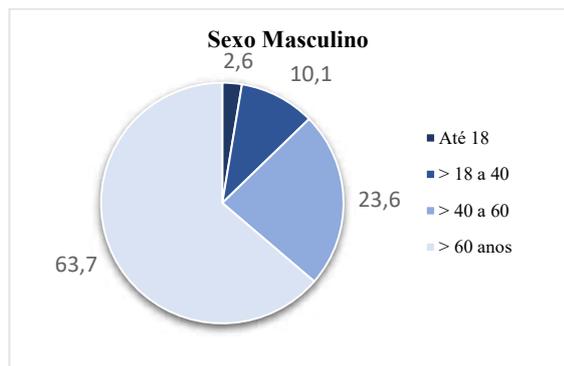


Fonte: Sistema Informatizado – HS

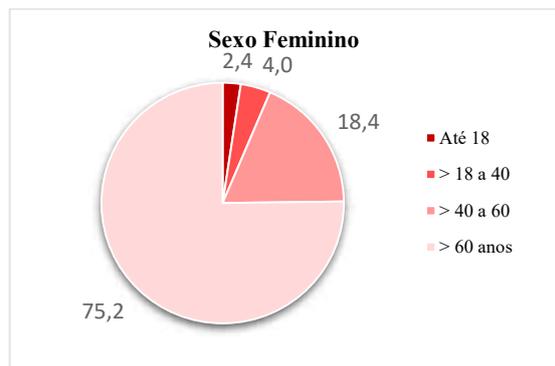
**Gráfico 112:** Distribuição dos óbitos sexo feminino por faixa etária – HS – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

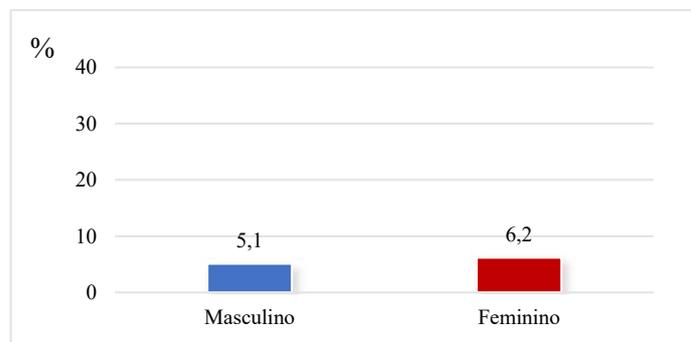
**Gráfico 113:** Distribuição dos Óbitos por grupo etário no sexo Masculino – HS – Ano13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

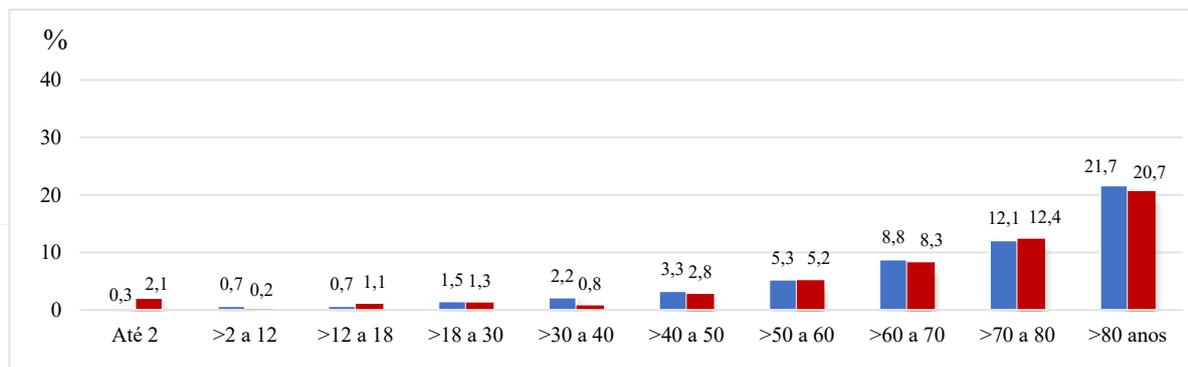
**Gráfico 114:** Distribuição dos Óbitos por grupo etário no sexo Feminino – HS - Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

Na avaliação da Taxa de Mortalidade por sexo, observa-se que foi mais alta no feminino, com 6,2% (gráfico 115). No entanto, como previamente comentado, do total de óbitos no sexo feminino, 75,2% foram em pacientes com idade superior a 60 anos, contrastando com o masculino, onde o percentual foi de 60,3%, o que justifica esta diferença. Quando analisada a Taxa de Mortalidade por faixa etária nos dois sexos, conforme gráfico 116, pode-se observar que foi proporcional a faixa etária e até menor no idoso feminino.

**Gráfico 115:** Taxa de Mortalidade por sexo – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

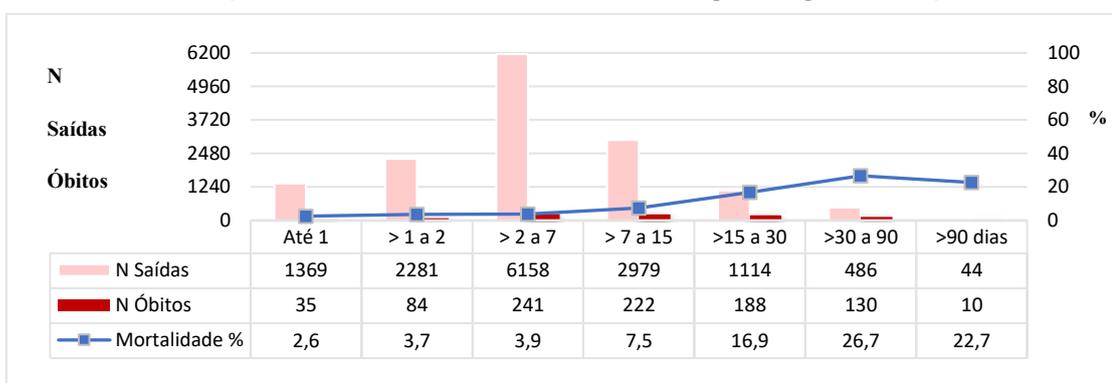
**Gráfico 116:** Taxa de Mortalidade por faixa etária e sexo – HS – Ano 13

Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 12.2 MORTALIDADE E TEMPO DE INTERNAÇÃO

A distribuição dos pacientes que evoluíram para óbitos pelo tempo de permanência hospitalar, conforme mostrado no gráfico 117, evidencia o aumento do número de casos com o tempo. Também chama atenção que a Taxa de Mortalidade guarda esta relação com o tempo de internamento, sendo maior quanto mais tardia é a saída hospitalar. Sabe-se que a maior permanência hospitalar está relacionada, habitualmente, aos pacientes de maior dependência funcional e risco, muitos admitidos com quadros clínicos bastante comprometidos e com a presença de disfunções orgânicas, demandando inclusive internação inicial em leito de terapia intensiva.

**Gráfico 117:** Distribuição das Saídas, dos Óbitos e Taxa de Mortalidade pelo Tempo de internação – HS – Ano 13

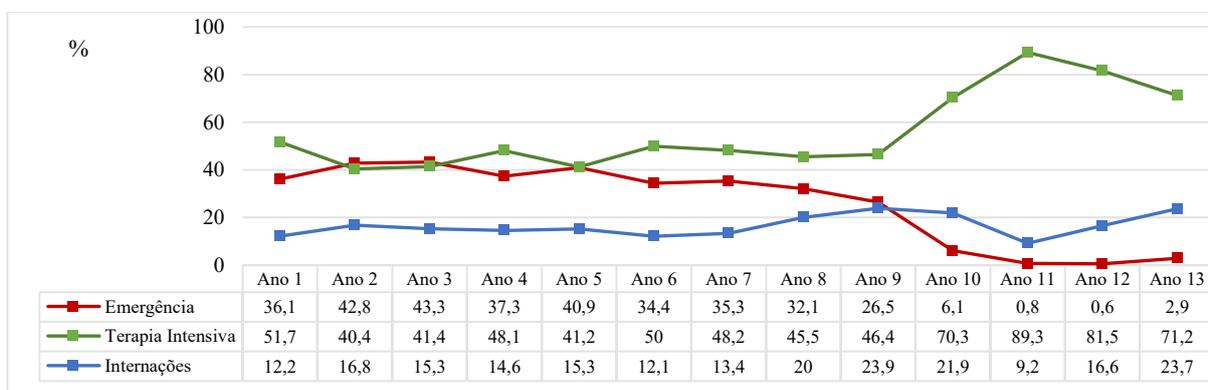


Fonte: Sistema Informatizado – HS

### 12.3 MORTALIDADE POR LOCAL DE OCORRÊNCIA

Ao longo dos anos, a distribuição dos óbitos por local de ocorrência aponta que a maioria ocorreu nas Unidades de Terapia Intensiva. No entanto, pode-se observar o impacto da pandemia de Covid-19 e ampliação dos números de leitos intensivos a partir do Ano 10, que teve acréscimo de 118 leitos. Ao mesmo tempo, nota-se a redução das ocorrências na Emergência.

**Gráfico 118:** Distribuição dos óbitos por local de ocorrência – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

No Ano 13, 71,2% dos óbitos foram em UTI. No entanto, ainda sem atingir os valores anteriores ao da pandemia. Este fato pode justificado ao ser correlacionado com a redução das ocorrências na Emergência. Ou seja, a demanda de pacientes críticos está sendo direcionada para os leitos intensivos.

#### 12.4 CONDIÇÕES ASSOCIADAS À MORTALIDADE

A tabela 78 mostra as condições associadas aos pacientes que evoluíram com óbito por grupos faixas etárias, a partir do CID sinalizado pelo médico no relatório de Alta por Óbito. Dentre as condições relacionadas, a infecção teve destaque, vista em 28,8% dos casos. As doenças do aparelho circulatório, incluindo o acidente vascular cerebral, especialmente hemorrágico, e as doenças respiratórias também foram frequentes.

Ressalta-se que pacientes com doenças crônicas descompensadas foram prevalentes, dentre elas as cardiopatias (isquêmicas e hipertensivas), as doenças pulmonares, doenças renais e hepatopatias, além de pacientes com grave comprometimento cognitivo, acamados, com sequelas de acidentes vasculares cerebrais prévios e demências.

**Tabela 78:** Principais condições associadas aos óbitos – HS – Ano 13

	até 18 anos		>18 a 40 anos		>40 a 60 anos		>60 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias	4	17,4	12	18,8	59	30,9	187	29,6	262	28,8
Doenças do aparelho circulatório	1	4,3	9	14,1	44	23,0	131	20,7	185	20,3
Doenças do aparelho respiratório	7	30,4	8	12,5	15	7,9	89	14,1	119	13,1
Causas Externas	6	26,0	23	35,9	18	9,4	23	3,6	70	7,7
Neoplasias	0	0,0	4	6,3	9	4,7	40	6,3	53	5,8
Doenças do aparelho digestivo	0	0,0	1	1,6	8	4,2	40	6,3	49	5,4
Doenças do aparelho geniturinário	0	0,0	0	0,0	5	2,6	26	4,1	31	5,4
Outras	5	21,7	7	10,9	33	17,3	96	15,3	141	15,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>2,5</b>	<b>64</b>	<b>7,0</b>	<b>191</b>	<b>21,0</b>	<b>632</b>	<b>69,5</b>	<b>910</b>	<b>100</b>

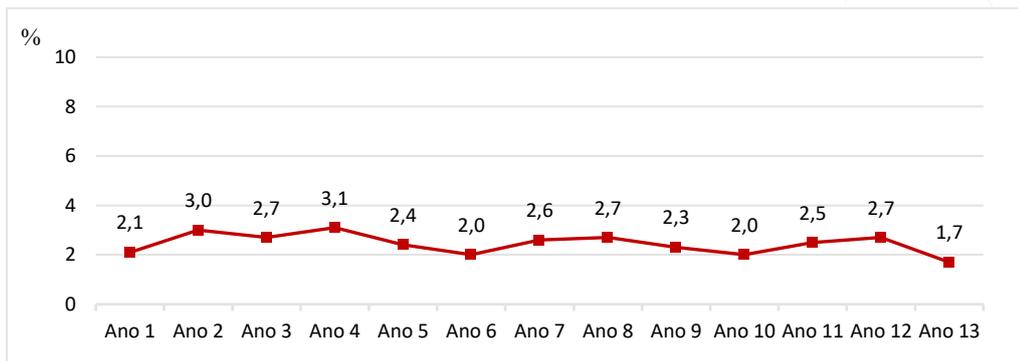
Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos/ Sistema Informatizado – HS

#### 12.5 MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS CAUSAS EXTERNAS

No décimo terceiro ano do hospital, foram 70 óbitos relacionados às causas externas, correspondendo a 6,6% do total. Ressalta-se que as causas externas foram os principais motivos de internação hospitalar, conforme previamente referido, e sua evolução para óbito foi associada à gravidade da lesão.

O gráfico 119 apresenta o comportamento da letalidade por causas externas na instituição ao longo dos anos, com valor de 1,7% no último ano.

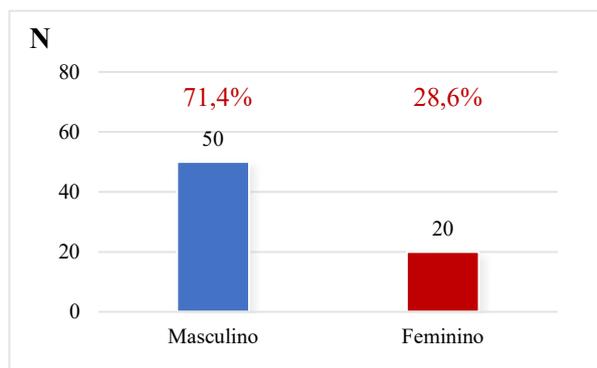
**Gráfico 119:** Letalidade das causas externas – HS – Ano 1 a 13



Fonte: Comissão de Revisão e Análise de Óbitos / Sistema Informatizado – HS

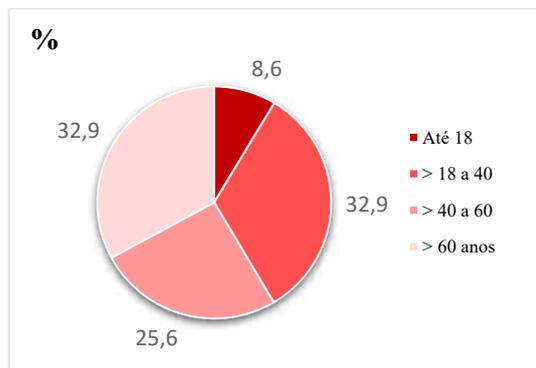
Na avaliação dos óbitos quanto aos dados demográficos, conforme gráfico 120 e 121, predominou o sexo masculino, com 50 casos (71,4%), e houve maior proporção nas faixas etárias entre 18 a 40 anos e acima de 60 anos, com 32,9% dos óbitos em cada. Isto corrobora com a exposição de risco dos pacientes aos diferentes mecanismos de trauma, sejam eles decorrentes de acidentes de moto, violência interpessoal ou quedas.

**Gráfico 120:** Distribuição dos óbitos por sexo – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 121:** Distribuição dos óbitos por faixa etária – Ano 13



Fonte: Sistema Informatizado – HS

## 13 INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### 13.1 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA GLOBAL DE IRAS

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos que aumentam a morbimortalidade do paciente no ambiente hospitalar. No entanto, para sua análise devem ser considerados o perfil nosológico, comorbidades, gravidade dos pacientes assistidos e exposição ao risco, especialmente a necessidade de procedimentos invasivos e uso de terapias imunossupressoras.

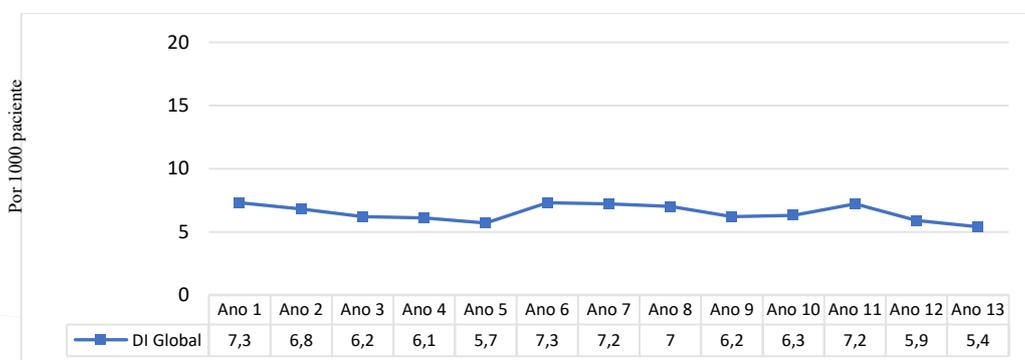
O gráfico 122 mostra o comportamento da DI Global no HS ao longo dos anos, sendo observada redução progressiva até o quinto ano e aumento após. Este fato foi decorrente da busca ativa das infecções de sítio cirúrgico, após a alta hospitalar.

A redução observada nos Anos 9 e 10 foi associada às ações implementadas para prevenção de infecção, a exemplo da aplicação de *bundles*, tanto na instalação de cateter venoso central e sonda vesical, como na avaliação diária da segurança no uso de dispositivos invasivos, onde é realizada a checagem beira leito.

A mudança do perfil dos pacientes internados, ocasionada pela pandemia de Covid-19, foi associada ao aumento no valor deste indicador, que atingiu 7,2 por mil pacientes-dia no Ano 11. Ressalta-se um perfil de pacientes gravemente enfermos, com disfunções múltiplas, o que levou a maior necessidade de internação em terapia intensiva e uso de dispositivos invasivos, incluindo ventilação mecânica, acessos vasculares em veias centrais e terapia dialítica.

No Ano 13, ocorreram 554 episódios de infecção e a Densidade de Incidência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (DI Global) foi de 5,4 por mil pacientes-dia (gráfico 122). Esse valor foi bem abaixo da meta contratual de 20 por mil pacientes-dia e, em relação ao ano anterior, demonstrou redução de 8,5%. Além disso, foi a menor DI global nos treze anos do hospital.

**Gráfico 122:** Densidade de Incidência Global de IRAS - HS - Ano 1 a 13

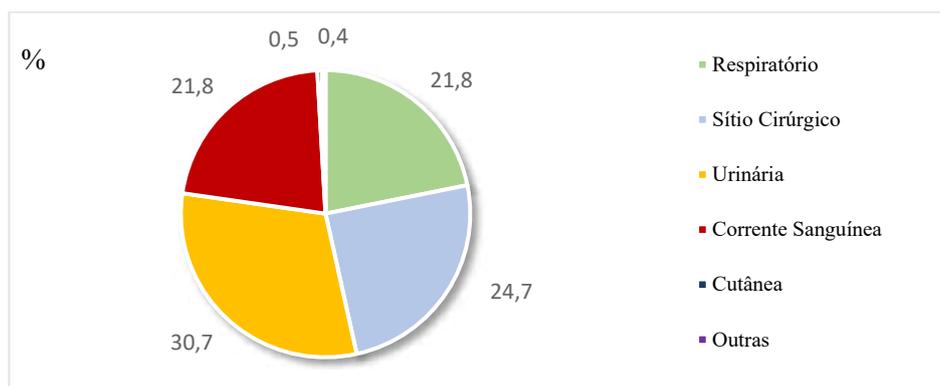


Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

### 13.2 DISTRIBUIÇÃO DAS IRAS POR TOPOGRAFIA

No gráfico 123 está demonstrada a distribuição das infecções por sítio no décimo terceiro ano do hospital, sendo o sítio urinário o principal observado (30,7%), que inclui os casos de infecção urinária associada ou não ao uso de sonda vesical de demora. A infecção de sítio cirúrgico também foi marcante, com 24,7% dos casos, seguida das infecções de corrente sanguínea e respiratórias, com 21,8% cada.

**Gráfico 123:** Distribuição das IRAS por topografia - HS - Ano 13

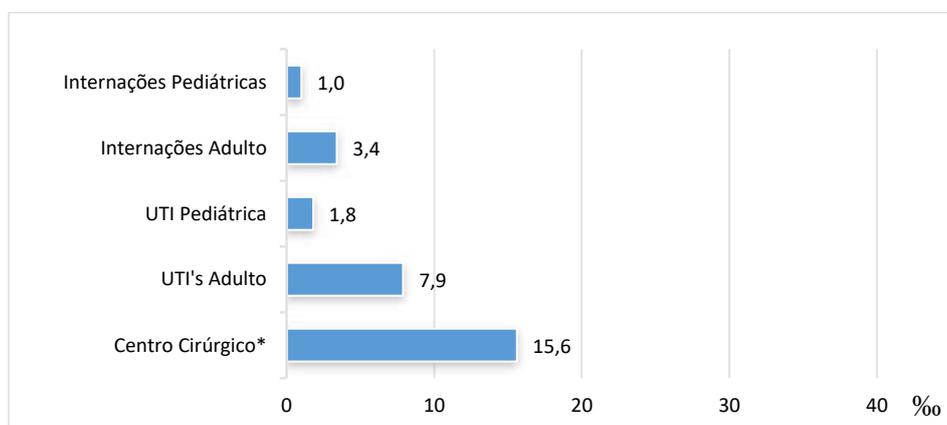


Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

### 13.3 INCIDÊNCIA DAS IRAS POR SETOR

O gráfico 124 apresenta as DI Global de IRAS nos diferentes setores do HS no décimo terceiro ano. Observa-se que as maiores incidências foram às relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, com densidade de 15,6 para cada mil, seguido das ocorrências nas UTI's Adulto, considerando todas, com densidade de incidência de 7,9 por mil pacientes-dia. Vale salientar que as UTI's Adulto representam o local de internação de pacientes com maior risco, diante do grau de comprometimento clínico e imunológico e da demanda de procedimentos invasivos.

**Gráfico 124:** Densidade de Incidência de IRAS por setor - HS - Ano 13



\*Densidade de Infecção por mil procedimentos

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

O comportamento das IRAS nas diferentes unidades intensivas, conforme a tabela 79, evidencia a melhora deste indicador, refletindo a qualidade assistencial prestada, a despeito da gravidade e risco dos pacientes lá atendidos.

**Tabela 79:** Densidade de Incidência de IRAS na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
UTI Adulto I e II	20,3	16,8	10,4	11,6	12,5	13,1	12,9	16,3	14,8	15,3	10,2	4,2	6,1
UTI Adulto III	16,5	15,3	10,2	10,5	11,1	9,9	8,1	10,1	11,7	10,4	10,6	11,1	9,8
UTI Cirúrgica	21,4	23,3	20,7	15,4	10,7	14,8	15,3	16,9	9,0	8,4	9,1	7,5	7,5
UTI Pediátrica	11,5	8,5	9,0	7,2	6,9	4,5	5,9	4,7	3,7	5,9	7,4	2,3	1,8

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Ressalta-se que o aumento da Densidade de Incidência de Infecção na UTI Cirúrgica a partir do sexto ao oitavo ano foi decorrente a maior quantidade de internamentos clínicos no setor, denotando aumento do risco. Nos últimos anos as internações de perfis clínicos reduziram, com conseqüente melhora no indicador.

#### 13.4 INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)

A Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada à cateter venoso central (CVC) é um dos principais indicadores de qualidade do processo assistencial.

O comportamento das Densidades de Incidência de IPCS avaliadas nas UTI's (tabela 80), onde a sua prevalência está relacionada ao maior risco do paciente, diante da maior utilização do dispositivo e susceptibilidade clínica, evidencia melhora deste indicador após medidas implementadas para o seu controle. Dentre elas, ressaltam-se a revisão de padrões de curativos, implantação do *bundle* de inserção de cateter central e o reforço dos cuidados durante sua manutenção, com estímulo para a retirada precoce.

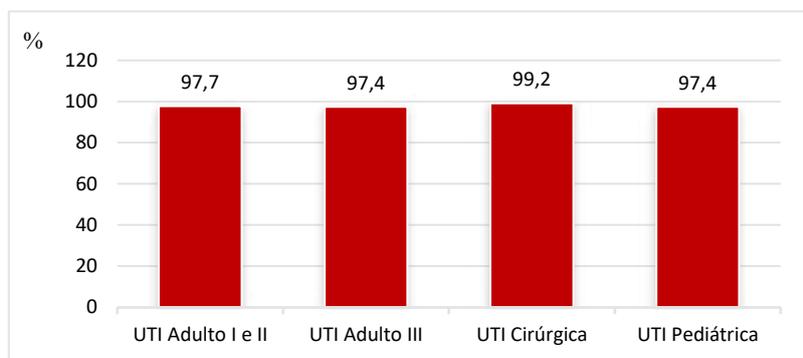
**Tabela 80:** Densidade de Incidência de IPCS na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
UTI Adulto I e II	3,6	5,8	3,5	2,4	1,6	1,0	1,1	1,1	3,6	3,2	2,4	1,1	2,8
UTI Adulto III	6,6	7,8	3,1	2,9	2,8	2,2	0,4	1,0	4,5	3,8	3,2	3,9	2,9
UTI Cirúrgica	4,1	8,8	5,1	3,3	2,3	0,7	0,9	0,6	1,0	2,5	2,5	0,8	1,2
UTI Pediátrica	4,6	7,3	2,3	0,9	2,9	1,6	0,0	1,6	2,1	5,0	2,7	1,7	3,2

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Vale salientar que as densidades de incidência de IPCS se manteve abaixo da meta contratual de até 4,4 por mil CVC-dia e as Taxas de Efetividade na sua prevenção foram acima de 97% em todas as unidades (gráfico 125), com destaque para a UTI Cirúrgica, que apresentou valor de 99,2%

**Gráfico 125:** Taxa de Efetividade na prevenção IPCS – UTI's HS - Ano 13



Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

### 13.5 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

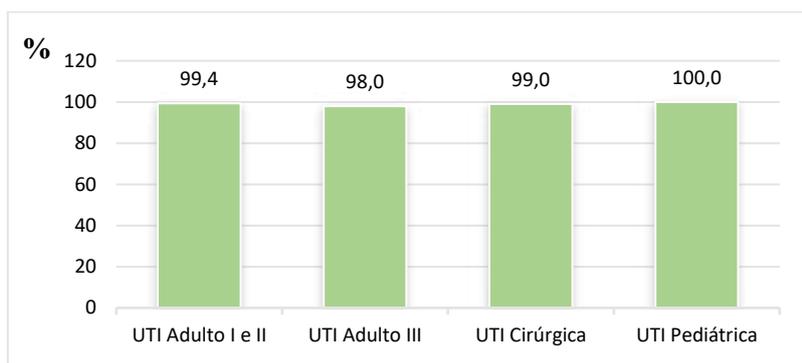
As Pneumonias associadas à Ventilação Mecânica constituem ainda o principal evento adverso observado nas unidades intensivas do hospital. Ações foram desenvolvidas ao longo dos anos para o seu controle, com resultados evidenciados através da redução de sua incidência (tabela 81). Assim, houve o fortalecimento do gerenciamento do risco de PAV, com a implantação do protocolo para sua prevenção, que contempla a supervisão diária através da aplicação do *bundle* de manutenção da Ventilação Mecânica.

**Tabela 81:** Densidade de Incidência de PAV na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
UTI Adulto I e II	8,4	4,5	7,0	7,3	7,6	8,3	6,8	7,3	10,1	14,5	3,0	2,6	0,8
UTI Adulto III	6,8	5,9	8,5	8,1	5,8	7,0	3,9	5,7	5,1	6,8	3,2	1,1	2,5
UTI Cirúrgica	5,0	8,4	17,3	12,3	8,2	4,0	6,9	6,9	3,3	2,2	5,8	2,8	1,5
UTI Pediátrica	0,0	0,6	6,5	4,4	3,8	0,9	5,3	1,8	0,9	0,0	3,6	1,1	0,0

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

No Ano 13, as densidades de incidência de PAV nas unidades intensivas reduziram de modo significativo, exceto na UTI Adulto 3, e as Taxas de Efetividade na sua prevenção demonstraram valores acima de 98% em todas as unidades (gráfico 126), com o destaque da UTI Pediátrica, onde não houve este evento.

**Gráfico 126:** Taxa de Efetividade na prevenção PAV – UTI's HS - Ano 13

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

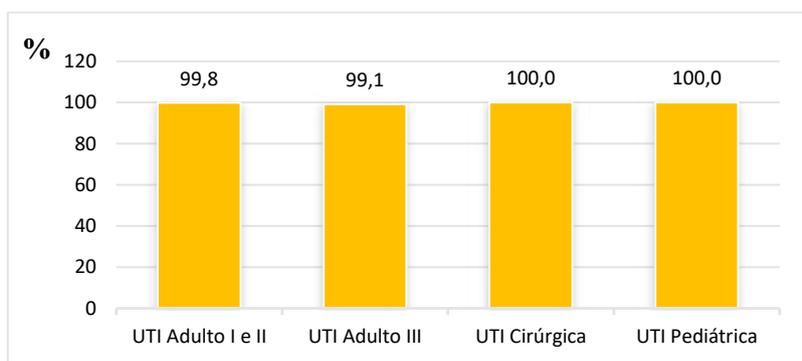
### 13.6 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

A tabela 82 mostra as Densidades de Incidência de Infecção do Trato Urinário relacionada ao uso de sonda vesical de demora nas unidades intensivas, nos treze anos do hospital. Pode-se observar baixas incidências em todas as unidades. Além disso, as Taxas de Efetividade na prevenção do evento, conforme o gráfico 127, mostraram valores acima de 99% (gráfico 127). Esse fato é resultado do reforço das ações preventivas junto a equipe operacional, a começar pelo questionamento diário da necessidade de manutenção do uso de sonda vesical.

**Tabela 82:** Densidade de Incidência de ITU na Terapia Intensiva - HS - Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
UTI Adulto I e II	3,0	3,3	1,2	2,1	1,8	1,3	0,8	1,7	2,6	1,8	2,5	0,7	0,3
UTI Adulto III	8,6	5,5	1,2	1,1	0,9	1,3	1,1	0,6	1,5	1,3	1,1	1,1	1,3
UTI Cirúrgica	5,5	2,4	2,6	1,9	0,7	1,1	0,6	0,6	1,0	2,0	0,9	0,4	0,0
UTI Pediátrica	2,5	2,3	1,6	2,8	1,9	0,8	2,6	1,9	1,0	6,1	2,4	1,1	0,0

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

**Gráfico 127:** Taxa de Efetividade na prevenção ITU – UTI's HS - Ano 13

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

### 13.7 INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)

No Ano 13, a Taxa de Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas, conforme a tabela 83, foi de 1,4%, valor abaixo do aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de até 5%.

**Tabela 83:** Taxa de Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgia Limpa - HS - Ano 1 a 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cirurgias Limpas	2.379	3.052	3.878	4.149	4.248	4.057	3.701	3.500	3.412	3.859	2.706	3.982	4.138
Taxa ISC	1,1	0,8	1,6	1,5	1,2	1,9	2,2	1,9	1,5	1,1	1,6	1,4	1,4

Fonte: SCIH/ Sistema Informatizado – HS

Ressalta-se o compromisso da equipe assistencial com a boa prática, bem como o papel e responsabilidade dos gestores dos processos, com apoio do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), na adequada supervisão das ações implementadas, impactando não apenas no controle ambiental, como na sustentabilidade institucional.

## 14 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

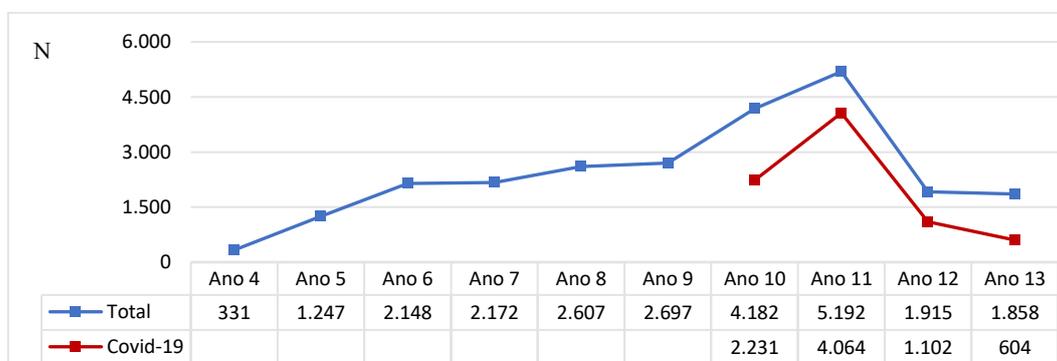
O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do Hospital do Subúrbio iniciou suas atividades em fevereiro de 2014 e tem como principal objetivo promover uma melhor vigilância quanto a ocorrência de determinadas doenças ou agravos à saúde, a fim de oportunizar a adoção de medidas de prevenção e controle compatíveis com suas especificidades. Antes desta época, este controle era feito pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

A reorganização da metodologia de trabalho do NVE, com o reforço da busca ativa diária de doenças e agravos nas unidades e a partir das solicitações de exames complementares (sorologias, baciloscopias e estudo de líquido), resultou no aumento do número de investigações ao longo dos anos, conforme demonstrado no gráfico 128.

A partir do Ano 10, ressalta-se o impacto da pandemia de Covid-19, que contribuiu com 4.064 de 5.192 investigações no Ano 11 (78,3%). A redução observada a partir do Ano 12 é coerente com o controle da pandemia, conforme também apresentado no gráfico 128.

Outro aspecto a ser considerado é diminuição das outras situações passíveis de notificação compulsória, que pode ser justificado pela diminuição do número de atendimentos de urgência e emergência, principalmente sob demanda espontânea, como previamente já referido no Capítulo 2.

**Gráfico 128:** Investigações de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória – HS – Ano 4 a 13



Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

Na tabela 84 está demonstrada a relação das doenças de notificação compulsória e outros agravos investigados e confirmados no Ano 13, com suas respectivas letalidades. No total, ocorreram 1.858 investigações no período, com 1.112 casos confirmados (59,9%).

Apesar do controle da pandemia de Covid-19, ainda foram frequentes as investigações de SARS-COV-2 na instituição, com 604 casos. No entanto, apenas 22 casos foram confirmados (3,6%). Ressalta-se a frequente ocorrência de sintomas respiratórios na população, como manifestação de doenças virais diversas. OS demais casos foram outras síndromes gripais, que além do prejuízo à saúde, contribuíram para a diminuição das atividades laborais.

Dentre outras doenças e agravos, destacaram-se o acidente de trânsito, violência interpessoal/autoprovocada e intoxicação exógena, o que corrobora com o perfil de urgência e emergência da instituição. Ressalta-se que as notificações de violência interpessoal/autoprovocada demonstram o olhar diferenciado da equipe de saúde e a compreensão da importância da identificação precoce deste tipo de agravo, principalmente em mulheres, crianças e idosos.

**Tabela 84:** Distribuição dos casos investigados e confirmados por Tipo – HS – Ano 13

Doenças e Agravos	Investigados	Confirmados	Óbitos	Letalidade %
Acidente de Trânsito	711	711	24	3,4
SARS-COV-2	604	22	3	13,6
Violência Interpessoal / Autoprovocada	167	167	8	4,8
Tuberculose	154	61	12	19,7
HIV / AIDS	76	47	7	14,9
Intoxicação Exógena	66	66	2	3,0
Hepatites	26	3	1	33,0
Arboviroses	24	14	3	21,4
Meningite	17	12	3	25,0
Leptospirose	8	5	3	42,9
Sífilis	5	4	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1.858</b>	<b>1.112</b>	<b>66</b>	<b>-</b>

Fonte: NVE/ Sistema Informatizado – HS

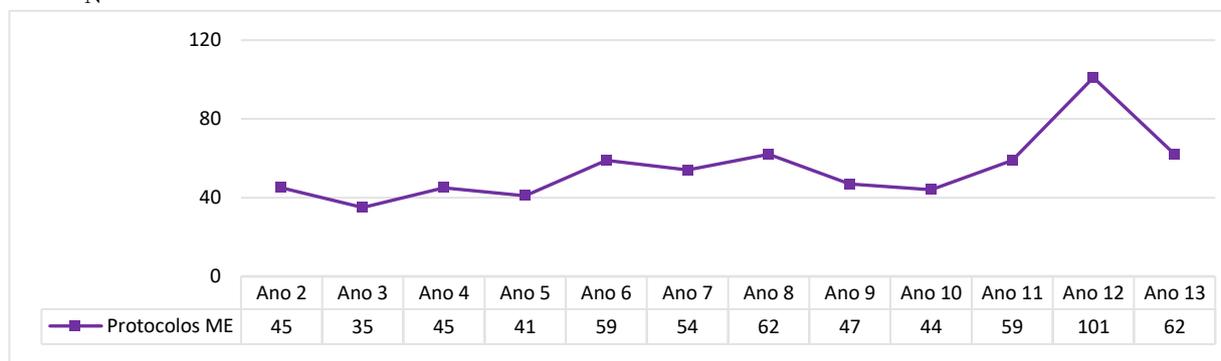
## 15 CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Em outubro de 2010 foi instituída a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT) e, já em 2011, o Hospital do Subúrbio recebeu o Prêmio Amigos do Transplante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pela organização e estrutura desta comissão. Em 2017 e 2018, a instituição recebeu os prêmios “CIHDOTT Nota 10” e “Transplante Bahia Doe Órgãos, Doe Vida”, ambos concedidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em reconhecimento aos resultados alcançados.

### 15.1 MORTE ENCEFÁLICA

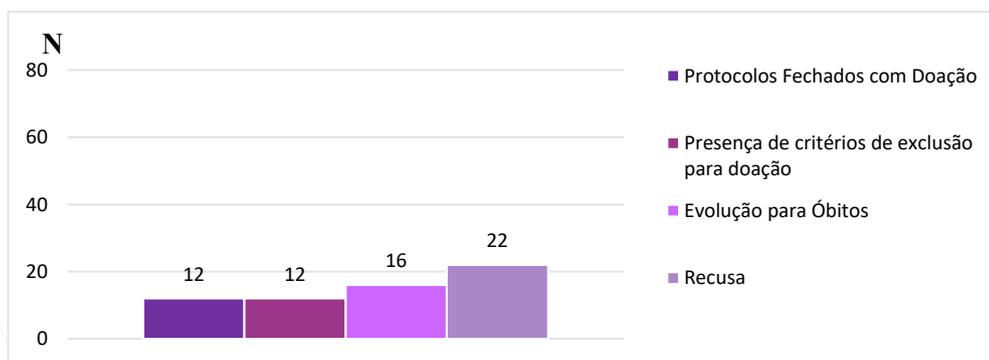
No último ano foram 62 Protocolos de Morte Encefálica (ME) abertos, como demonstrado no gráfico 129. Destes, houve a efetivação de doações em 12 (19,4%). Porém, em 16 casos houve evolução para óbito (25,8%) e em 12 casos existiam critérios de exclusão para doação (19,4%). Portanto, dos 34 casos restantes, considerados possíveis de captação após a conclusão do diagnóstico, houve a efetivação em 12 (35,32%). É um dado ainda com indicativo de necessidade de melhoria, principalmente frente a recusa familiar (gráfico 130).

**Gráfico 129:** Números de Protocolos de Morte Encefálica abertos – HS – Ano 2 a 13



Fonte: CIHDOTT - HS

**Gráfico 130:** Dados de segmento dos Protocolos de Morte Encefálica abertos – HS – Ano 13



Fonte: CIHDOTT - HS

## 16 CONCLUSÃO

A qualidade da assistência à saúde não envolve apenas o atendimento em si, com equipe multidisciplinar comprometida e tecnologia, mas também uma gestão estratégica clara, que defina objetivos respaldados em valores éticos e com foco nas necessidades dos pacientes. Desta forma, o entendimento do perfil epidemiológico é essencial para as decisões nas organizações de saúde, principalmente considerando que a Epidemiologia produz conhecimento capaz de promover a saúde individual através de medidas de alcance coletivo.

Desta forma, fruto de um planejamento de ações fundamentado na análise epidemiológica e no acompanhamento quanti e qualitativamente de sua produção de serviços, o Hospital do Subúrbio, ao longo do tempo, foi capaz de atuar com inovação e garantir bons resultados assistenciais.

A instituição consolidou o seu perfil assistencial de urgência e emergência, refletido pela redução dos pacientes atendidos na Emergência com classificação de risco Azul e Verde. Além disso, o trabalho educativo realizado junto à comunidade e a participação estimulando uma maior interação dos diversos componentes do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, para o desenvolvimento de ações mais organizadas e integradas, parecem ter contribuído para uma progressiva estruturação da rede pública assistencial.

Apesar do quantitativo elevado de atendimentos clínicos na Emergência, o perfil cirúrgico foi marcante nas internações, tendo especial destaque a assistência ao trauma, às patologias cirúrgicas abdominais e a calculose renal. Dentre as patologias clínicas, as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e infecciosas mostraram sua significância, seja pela sua frequência ou pela sua criticidade. Este fato implicou na definição das Linhas de Cuidado estratégicas, do Paciente Politraumatizado e do Paciente com Acidente Vascular Cerebral, que foram implantadas no final do quinto ano.

O aumento progressivo de pacientes adultos internados com risco Amarelo e Vermelho, portanto com maior gravidade/complexidade e risco, assim como aqueles mais idosos, justificam os resultados dos indicadores institucionais, principalmente da Média de Permanência e Taxa de Mortalidade. No entanto, a melhora destes indicadores observada a partir do Ano 5, reflete a efetividade clínica do processo assistencial, a partir do olhar crítico em busca de melhoria, fruto de uma cultura de qualidade e segurança madura.

No contexto da pandemia de Covid-19, que envolveu os Anos 10 e 11, o hospital tornou-se uma das referências do estado para o atendimento deste perfil nosológico. Houve a implantação de 118 novos leitos de Terapia Intensiva e 60 leitos de Internações foram direcionados. Isto resultou em admissões de maior gravidade clínica e num quantitativo significativo do perfil crítico, com impacto nos resultados de alguns indicadores de desempenho hospitalar, a exemplo da Taxa de Ocupação, que sofreu variação conforme da demanda de pacientes da Rede de Saúde do estado, da Média de Permanência e Taxa de Mortalidade Institucional.

No Ano 12, não sendo mais uma unidade de referência para os casos de Covid-19, houve a desativação do Hospital Campanha, com 60 leitos de terapia Intensiva, e as internações na UTI Adulto IV passaram a ser de pacientes críticos de um modo geral. Com isto, a proporção de leitos críticos em relação ao total de leitos hospitalares ainda permaneceu maior em relação ao período anterior ao da pandemia, o que, embora com evidente melhoria, também influenciou os resultados de desempenho obtidos.

O Ano 13 marcou o início de grandes mudanças, com a Renovação do Contrato de Concessão do Hospital do Subúrbio, ocorrida no último trimestre. Houve a incorporação de novos serviços e ampliação do Ambulatório, que passou a atender de forma eletiva, pacientes do Sistema de Lista Única, além dos egressos.

O melhor desempenho institucional observado no Ano 13, evidenciado através do aumento do número de internações e saídas hospitalares e pela redução da Média de Permanência, Taxa de Mortalidade e Densidades de Incidência de Infecção, é fruto de um trabalho multiprofissional engajado e numa estrutura de gestão de saúde integrada, com olhar sistêmico e centrado na pessoa.

O HS reconhece que a assistência à saúde é dinâmica, com surgimento não apenas de novos padrões e tecnologias, mas também de novos desafios. Assim, é fundamental o acompanhamento dos indicadores epidemiológicos, utilizando-os para o direcionamento de ações na gestão dos serviços de saúde.





# Hospital do Subúrbio

GESTÃO POR MEIO PPP



Rua Manuel Lino, nº 141,  
Periperi, Salvador  
Bahia

(71) 3217-8600

[hospitaldosuburbio.com.br](http://hospitaldosuburbio.com.br)

